



الف - رهبری و مدیریت

الف-۱ رهبری و مدیریت کیفیت

سطح	الف-۱-۱ سیاست‌های اصلی ابلاغ شده و برنامه‌های بیمارستان بر اساس آن تدوین و اجرا می‌شود.
سطح دو	الف-۱-۱-۱ سیاست‌های اصلی بر اساس ماموریت‌های بیمارستان و همسو با سیاست‌های بالادستی تدوین شده است.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ تعیین و مکتوب نمودن سیاست‌های اصلی توسط مسئولان ارشد بیمارستان ❖ همسویی سیاست‌های اصلی با سیاست‌های سازمان بالادستی و ملاحظات بومی بیمارستان ❖ استفاده از سیاست‌های اصلی به عنوان راهنما در تدوین استراتژی‌ها و فعالیت‌های بیمارستان ❖ استفاده از سیاست‌های اصلی در نظارت و ارزیابی عملکرد واحدها <p>سیاست‌های اصلی، عبارتی است که جهت گیری‌ها، روال‌های کاری و اولویت‌های بیمارستان را برای اجرای منسجم وظایف/ ماموریت‌های استراتژی‌های تعیین شده نشان می‌دهد. این سیاست‌ها توسط تیم رهبری و مدیریت تهیه، تصویب و ابلاغ می‌شود. برای تعیین سیاست‌های اصلی نیاز است که ضعف‌ها و توانمندی‌های سازمان، وضعیت سلامت جامعه، عوامل برون سازمانی و انتظارات ذینفعان کلیدی شناسایی شده و از اطلاعات/ آمار/ مطالعات به روز استفاده شود. لازم به ذکر است شناسایی ضعف‌ها و توانمندی‌ها با شرایطی که مطرح شده است در سند استراتژیک بیمارستان انجام و به روز رسانی می‌شود. عوامل برون سازمانی می‌تواند شامل عوامل اقتصادی، اجتماعی و فناوری باشند. در واقع سیاست‌های اصلی بیمارستان چارچوب برنامه‌ریزی‌های مسئولان ارشد بیمارستان و هدایت‌گر برنامه‌ها و رفتار سازمانی هستند.</p> <p>وجود رابطه منطقی به صورت شفاف بین سیاست‌های اصلی با استراتژی‌هایی که در برنامه استراتژیک بیمارستان تبیین شده، ضروری است. سیاست‌ها بایستی همسو با سیاست‌های بالادستی وزارت بهداشت و برای بیمارستان‌های غیر دانشگاهی (وابسته به سازمان‌هایی غیر از وزارت بهداشت) همسو با مقررات سازمان متبوع آن‌ها باشد.</p> <p>تفاوت استراتژی با سیاست در این است که استراتژی نشان می‌دهد که از کدام راه کلان برای رسیدن به اهداف کلان استفاده شود، اما سیاست‌های اصلی نشان می‌دهد که استراتژی‌های تعیین شده و یا ماموریت مشخص شده برای بیمارستان بر طبق چه اصول/چارچوب/ روالی اجرایی شوند. به عنوان مثال "ارتقای کیفیت بدون تحمیل هزینه اضافی به بیمار" در واقع سیاستی است که نشان می‌دهد، تبیین اهداف کلان، اتخاذ هرگونه استراتژی و تدوین برنامه‌های عملیاتی به منظور ارتقای کیفیت، بایستی بدون تحمیل هزینه اضافی به بیمار صورت پذیرد.</p> <p>➤ تعیین و مکتوب نمودن سیاست‌های اصلی توسط مسئولان ارشد بیمارستان با در نظر گرفتن موارد زیر صورت پذیرد:</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. سیاست‌ها و اهداف کلان سازمان‌های بالادستی ۲. ماموریت بیمارستان (تعیین شده توسط بیمارستان یا ابلاغی) ۳. ضعف‌ها و توانمندی‌های داخل سازمانی ۴. وضعیت سلامت جامعه و سایر عوامل بیرونی تاثیرگذار بر بیمارستان ۵. انتظارات ذینفعان کلیدی

¹ Main Policies



سطح دو	<p>الف-۱-۲ شناسایی و تحلیل ذینفعان انجام و سیاست‌های اصلی به ذینفعان کلیدی مرتبط ابلاغ شده است.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ شناسایی و تحلیل ذینفعان با یکی از روش‌های علمی و مشخص کردن ذینفعان کلیدی بیمارستان ❖ ابلاغ سیاست‌های اصلی بیمارستان بر حسب ارتباط موضوعی به ذینفعان کلیدی داخلی ❖ ثبت و به روز رسانی فهرست و تحلیل انجام شده ذینفعان
	<p>ذینفع بیمارستان، فرد/ گروه/ سازمانی است که تحت تاثیر اقدامات بیمارستان قرار می‌گیرد و یا بر فعالیت‌های آن تاثیر می‌گذارد.</p> <p>➤ ذینفعان در دو گروه اصلی قرار می‌گیرند</p>
	<ol style="list-style-type: none"> ۱. ذینفعان داخلی، گروه‌های داخل بیمارستان یا افرادی هستند که مستقیماً در درون بیمارستان کار می‌کنند. مانند سهامداران، کارکنان، بیماران و سایر ۲. ذینفعان خارجی، گروه‌ها یا افرادی خارج از بیمارستان هستند که مستقیماً درون بیمارستان کار نمی‌کنند ولی تحت تاثیر تصمیم‌های آن قرار گرفته یا بر تصمیم‌های بیمارستان اثر می‌گذارند. مانند مشتریان/ بیماران، سازمان‌های بالادست، سازمان‌های همکار مانند شهرداری‌ها، پزشکی قانونی و سایر
	<p>ذینفعان کلیدی مخاطب هر یک از سیاست‌های اصلی بیمارستان، گروهی از ذینفعان هستند که در پیوند نهایی حاصل از اعمال آن سیاست در فعالیت‌های بیمارستان تاثیرگذار هستند. از جمله ذینفعان کلیدی بیمارستان بیماران، کارکنان، سازمان‌های سیاستگذار و بالادست، سهامداران، تامین کنندگان مالی و سایر ذینفعانی هستند که معمولاً بیمارستان تمایل به افزایش ارتباط بویا یا آنها داشته و نقش استراتژیک برای بیمارستان ایفا می‌کنند. امکان جایگزینی ذینفعان کلیدی به راحتی وجود ندارد. ذینفعان کلیدی توسط تدوین کنندگان سیاست، تعیین می‌شوند. روش اطلاع رسانی با تشخیص مسئولان ارشد بیمارستان بوده و ملاک ارزیابی آن، صرفاً آگاهی ذینفعان از سیاست‌های مرتبط با آنها است.</p> <p>شناسایی و تحلیل ذینفعان، یکی از مراحل برنامه‌ریزی استراتژیک است و نباید به عنوان سندی مجزا و غیرهماهنگ با سند استراتژیک تدوین و یا به روز رسانی شود. برای تحلیل ذینفعان روش‌های مختلف علمی وجود دارد اما توصیه می‌شود با توجه به توانمندی‌های درون سازمانی، روش مناسبی انتخاب شود که امکان اجرایی کردن آن فراهم باشد و بیمارستان بتواند آن را به درستی انجام داده و در مواقع لزوم بازنگری و به روز رسانی نماید.</p>
سطح	<p>الف-۱-۲ رهبری بیمارستان از مشخص بودن ارتباط سازمانی و پاسخگویی مسئولان در حیطه وظایف شان اطمینان حاصل می‌نماید.</p>
سطح یک	<p>الف-۱-۲-۱ نمودار سازمانی با روابط و سطوح مسئولیت‌ها و اختیارات در بیمارستان تدوین و ابلاغ شده و ارتباط سازمانی بر اساس آن برقرار است</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ تدوین، تصویب و ابلاغ نمودار سازمانی ❖ تطابق نمودار با عملکرد و روابط بین واحدها و اجرای آن ❖ بازنگری و به روز رسانی نمودار سازمانی در صورت تغییر <p>نمودار سازمانی نمایش تصویری از ساختار داخلی سازمان است که ارتباطات ساختاری بین جایگاه‌های مختلف سازمانی و یا مشاغل را بیان می‌کند. نمودار سازمانی نمادی برای نشان دادن سلسله مراتب دستوردهی و دستورپذیری و مسیرهای گزارش‌گیری و گزارش‌دهی است. تدوین، تصویب و ابلاغ نمودار سازمانی با در نظر گرفتن واحدها/ بخش‌ها/ نقش‌های تعریف شده در بیمارستان و نحوه ارتباط آن‌ها از نظر مسئولیت‌های تعیین شده و حدود اختیارات صورت می‌پذیرد.</p> <p>نمودار سازمانی صرفاً جدول معرفی مسئولان و اعضای سازمان نیست، بلکه توزیع ساختارمند اختیارات در بیمارستان را نشان می‌دهد. لذا انطباق این نمودار با ارتباط کاری واقعی، بین پست‌ها و نقش‌های مختلف سازمانی مد نظر است. طراحی نمودار سازمانی بایستی به نحوی باشد که تداخل اختیارات و حدود مسئولیت‌ها بروز نکند. همچنین قوانین و مقررات سازمان‌های بالا دستی مد نظر قرار گیرد و از ایجاد سیستم‌های مغایر قوانین بالادستی خودداری شود. لازم است آخرین ویرایش نمودار سازمانی با وضعیت واقعی منطبق بوده و در عمل تداخل وظایف و مسئولیت‌ها وجود نداشته باشد.</p>



سطح دو	الف-۱-۲-۲ مدیران / مسئولان بیمارستان از دانش و مهارت لازم برای انجام مأموریت‌های محوله برخوردارند.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ وجود گواهی آموزش مدیران، برای پنج رده مدیریتی تعیین شده ❖ نیازسنجی آموزشی در زمینه رهبری و مدیریت برای تمام مسئولان / مدیران سطوح مختلف تحت هدایت تیم رهبری بیمارستان ❖ گذراندن دوره‌های آموزشی مدیریتی عمومی و اختصاصی متناسب توسط مدیران و مسئولان ❖ استفاده از آموزه‌های مدیریتی برای تحلیل اطلاعات و تصمیم‌گیری‌های سازمانی توسط مدیران و مسئولان در رده‌های مختلف ❖ همخوانی دانش و مهارت مدیران / مسئولان بیمارستان با مأموریت‌های محوله
	<p>➤ پنج رده مدیریتی مورد نظر برای گذراندن دوره‌های آموزش مدیران شامل:</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. رییس / مدیر عامل ۲. مدیر اجرایی / داخلی / مدیر خدمات پشتیبانی ۳. مدیر مالی ۴. مدیر پرستاری ۵. مدیر مسئول بهبود کیفیت <p>آموزش‌های مدیریتی و رهبری در دو دسته عمومی و اختصاصی قرار می‌گیرند. آموزش‌های عمومی، آن دسته از آموزش‌ها را شامل می‌شود که برای تمام اقواء شاغل در پست‌ها یا نقش‌های مدیریتی / سرپرستی، بدون در نظر گرفتن بخش / واحد تحت نظرشان، نیاز است و آموزش‌های اختصاصی مدیریت و رهبری، منظور آموزش‌هایی است که با توجه به مسئولیت فرد، مورد نیاز است. مستندات و سوابقی که نشان‌دهنده استفاده از آموزه‌های مدیریتی (متدولوژی‌ها، مدل‌ها، تکنیک‌ها و ...) در تصمیم‌گیری‌های مهم حوزه مسئولیتی مدیران مسئولان است، ارزیابی می‌شوند.</p> <p>در نیازسنجی آموزشی، هر دو حیطه دانشی و مهارتی مدنظر باشد و بر اساس نیازسنجی انجام شده و عناوین تصویب شده تحت هدایت تیم رهبری، تقویم آموزشی (دوره ای یا سالیانه) تنظیم و مطابق تقویم آموزشی نسبت به برگزاری آموزش‌ها و یا گذراندن آموزش‌ها اقدام شود. در مواردی که اثربخشی آموزش برگزار شده (در داخل یا خارج از بیمارستان) تأیید نشود نیاز است اقدام اصلاحی مناسب توسط بیمارستان تعیین و اجرایی شود.</p>



سطح دو	الف-۱-۲-۳ مدیران / مسئولان بیمارستان در انجام وظایف محوله متعهد و پاسخگو هستند.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ آگاه بودن تیم رهبری و مدیریت بیمارستان از نیازهای به روز شده جامعه و مراجعه کنندگان ؛ سایر ذینفعان ❖ آگاه بودن مدیران و مسئولان بیمارستان از مشکلات سازمانی و تاثیرات محیط بیرونی بر عملکرد بیمارستان ❖ آگاه بودن هر یک از اعضای تیم رهبری و مدیریت از حیطه مسئولیتها و شرح وظایف خود ❖ برنامه ریزی و انجام اقدامات مناسب برای برطرف کردن نیازهای شناخته شده ❖ آگاه نمودن سایر مسئولان و کارکنان از نیازها و برنامهها همراه با شواهد توسط تیم رهبری و مدیریت ❖ تعهد و پاسخگو بودن در برابر نتایج سازمانی و ذینفعان کلیدی
	<p>تعهد و پاسخگو بودن تیم رهبری و مدیریت یعنی اینکه هر یک از مدیران و مسئولان بیمارستان، ضمن آگاهی از مشکلات سازمانی و تاثیرات محیط بیرونی بر عملکرد بیمارستان، تلاش نمایند با بیان نظرات و تحلیل های خود در جلسات و نشست های درون سازمانی، ضمن آنکه دلایل اتخاذ تصمیمات و امور انجام شده را برای کارکنان واحدها واحدهای زیرمجموعه خود بطور شفاف بیان کنند. همچنین تیم رهبری و مدیریت، کارکنان را به بیان دلایل کارهای انجام شده و یا وظایف انجام نشده تشویق نمایند و مسئولیت شکستها و نقصانها و برنامه ریزی و اقدام برای رفع نواقص را به عهده بگیرند.</p> <p>ایجاد پاسخگویی از طریق مشخص نمودن موضوعات مهم در اجرای وظایف هر یک از بخشها/ واحدها / افراد و نظارت بر انجام وظایف محوله ؛ نشان دادن عکس العمل مناسب در قبال موفقیتها و شکستها از اهم وظایف تیم رهبری و مدیریت است. نشان دادن عکس العمل مناسب در قبال موفقیتها و شکستها از سوی تیم رهبری و مدیریت نشان دهنده اهمیت دادن به وضعیت بیمارستان و عملکرد واحدهای مختلف و تعهد و پاسخگویی آنها است.</p> <p>خوشنامی بیمارستان و فعالیت بر اساس ارزشها و سیاستهای اصلی بیمارستان بایستی برای تیم مدیریت و رهبری مهم بوده و این موضوع را در بیانات و جلسات مختلف درون بیمارستانی مطرح نموده و با رفتار خود باعث شوند کارکنان اطمینان یابند، مسئولان بیمارستان به وظایف مدیریتی خود متعهد و پاسخگو هستند.</p> <p>تیم رهبری و مدیریت متعهد و پاسخگو تلاش می نمایند که تصمیمات و اقدامات اجرا شده یا در حال اجرای بیمارستان به صورت مستدل و مستند تعیین و نگهداری شود. از طرفی از آنجا که پذیرش نقش و مسئولیت هر یک از اعضای تیم رهبری و مدیریت برای بهسازی، متضمن یادگیری از ناکامی های سازمانی و استمرار موفقیت های سازمانی است، بایستی مشکلات سازمانی و تاثیرات محیط بیرونی توسط تیم رهبری و مدیریت ریشه یابی و مستند شود و همه مسئولان و کارکنان دیدگاه نسبتاً نزدیک به هم داشته باشند.</p>



سطح	الف-۱-۳ سند استراتژیک بیمارستان تدوین شده و به صورت دوره‌ای بازنگری می‌شود.
سطح دو	الف-۱-۳-۱ سند استراتژیک ^۱ بیمارستان هماهنگ با سیاست‌های اصلی تدوین، تصویب، ابلاغ و بازنگری می‌شود. <ul style="list-style-type: none"> ❖ تحلیل وضعیت موجود و پیش بینی شرایط آتی بیمارستان با یکی از روش‌ها و الگوهای شناخته شده علمی و در نظر گرفتن انتظارات ذینفعان در تدوین برنامه ❖ در نظر گرفتن استراتژی‌ها و اهداف ابلاغ شده از طرف سازمان بالادست در استراتژی‌ها و اهداف کلان بیمارستان ❖ تدوین برنامه استراتژیک بیمارستان مطابق الگوی علمی منتخب، هماهنگ با سیاست‌های اصلی بیمارستان توسط تیم رهبری و مدیریت بیمارستان ❖ تعیین اهداف عملیاتی/ اختصاصی/ یعنی اسمارت^۲ برای هر یک از سال‌های برنامه استراتژیک مطابق با اهداف کلان و استراتژی‌های تدوین شده ❖ آماده سازی سند استراتژیک و تصویب و ابلاغ برنامه استراتژیک به واحدهای بیمارستان ❖ بازنگری حداقل سالیانه و یا اصلاح آن در صورت نیاز در هر مقطع زمان ❖ در دسترس بودن سند استراتژیک در بخش‌ها واحدها (ترجیحاً بصورت الکترونیک) ❖ آگاهی کارکنان از قسمت‌های مرتبط با فعالیت خود <p>سند استراتژیک مجموعه‌ی مستندی است که شامل برنامه استراتژیک، ارزیابی و کنترل اجرای استراتژی‌ها، اهداف عملیاتی/ یعنی اختصاصی برای سال‌های اجرای برنامه استراتژیک است که به آن برنامه عملیاتی هر سال (پس از تدوین هر برنامه عملیاتی) اضافه می‌شود. این مستند مهم دارای پیوست‌هایی است که حداقل شامل مطالعات انجام شده برای برنامه‌ریزی استراتژیک مطابق با مدل انتخاب شده و تشریح نحوه تدوین برنامه استراتژیک است.</p> <p>هر بیمارستان با بررسی سیاست‌ها و اسناد بالادستی خود و با استناد از یک الگوی شناخته شده علمی، اقدام به برنامه‌ریزی استراتژیک می‌نماید. ضروری است این مجموعه حداقل بطور سالیانه مورد بازنگری قرار گیرد تا در صورتی که تغییرات جدیدی در محیط داخلی یا خارجی بیمارستان و یا تغییراتی در سیاست‌ها و استراتژی‌های سازمان بالادست اتفاق افتاده، اصلاحات لازم انجام و مجدداً ابلاغ گردد. دارا بودن استراتژی به این معناست که تیم رهبری و مدیریت بیمارستان برای مجموعه تصمیم‌های خود، از الگو و تدابیر مشخص از پیش تعیین شده‌ی تبعیت نماید. برای اطلاع بخش‌ها/ واحدها از استراتژی‌ها و اهداف بیمارستان، برنامه استراتژیک در دسترس الکترونیکی و بدون امکان چاپ یا کپی قرار گیرد و نیازی نیست که کل سند استراتژیک (یعنی مطالعات مربوط و تمام پیوست‌های آن)، اطلاع‌رسانی شود. برای سهولت در مدیریت مستندات و اطمینان از اینکه در صورت بازنگری یا ویرایش برنامه استراتژیک، آخرین نسخه در اختیار واحدها خواهد بود، ضروری است که امکان کپی یا چاپ از فایل به اشتراک گذاشته شده حذف شود.</p> <p>برای تدوین برنامه استراتژیک، روش‌های مختلف علمی وجود دارد، اما توصیه می‌شود با توجه به توانمندی‌های شرونی سازمانی، روشی مناسب انتخاب شود تا امکان اجرایی کردن آن برای بیمارستان فراهم بوده و در مواقع لزوم آنرا بازنگری و به روز رسانی نماید. برنامه‌های ایمنی بیمار از اولویت‌های استراتژیک بیمارستان است و برنامه‌های عملیاتی با اهداف اختصاصی برای این مهم توصیه می‌شود.</p> <p>پنج ویژگی اهداف اسمارت شامل: اختصاصی بودن، قابلیت اندازه گیری، قابلیت دستیابی، واقع بینانه و دارای زمان‌بند بودن است.</p>
سطح دو	الف-۱-۳-۲ سند استراتژیک مبنای برنامه‌ریزی‌ها در بیمارستان است. <ul style="list-style-type: none"> ❖ همسویی برنامه‌های عملیاتی و جاری بیمارستان با سند استراتژیک ❖ عدم اتخاذ تصمیمات/ انجام اقدامات مغایر با سند استراتژیک در سطوح مدیریتی بیمارستان ❖ آگاهی مدیران/ مسئولان و کارکنان از برنامه‌های عملیاتی مرتبط با واحد خود <p>مدیریت مبتنی بر روزمرگی و تصمیم گیری مبتنی بر دریافت‌های حسی/ گزارش‌های موردی بدون شواهد، تهدیدی جدی و آفتی خطرناک برای موفقیت هر سازمان است. مدیریت راهبردی منابع و اولویت بندی بکارگیری آن‌ها در جهت تحقق اهداف کلان با لحاظ استراتژی‌ها موجب بهبود تشخیصی مدیریت و ترویج برنامه محوری در سطح بیمارستان می‌شود. سند استراتژیک مبنای تمام برنامه‌ریزی‌ها در بیمارستان است و برنامه عملیاتی مربوط به هر سال از سال‌های اجرای برنامه استراتژیک، در پایان سال قبلی یا ابتدای همان سال تدوین شده و به سند استراتژیک بیمارستان اضافه می‌شود. وجود دو جریان مستقل تصمیم گیری و برنامه‌ریزی بدون توجه به سند استراتژیک و برنامه‌های مبتنی بر سند استراتژیک در بیمارستان نشان دهنده عدم استقرار کامل این استاندارد مهم است. برنامه‌ریزی استراتژیک به منظور مدیریت کیفیت با لحاظ اولویت‌ها و شرایط بومی بیمارستان تدوین می‌شود. لذا بایستی در همه ابعاد مدیریتی مورد استناد باشد.</p>

¹ Strategic Document

² SMART (Specific, Measuerable, Acceptable, Realistic, Timely)



سطح دو	الف-۱-۴-۲ فرایندهای اصلی بیمارستان شناسایی و مدیریت می شوند.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ شناسایی و مکتوب نمودن فرایندهای اصلی و مشخص کردن اجزاء فرایندها ❖ ترسیم توالی و تدوین تعامل بین فرایندهای اصلی (نمودار فرایند) ❖ اجرایی نمودن فرایندهای مکتوب شده ❖ تعریف شاخص‌های متناسب با معیارها/حد مورد انتظار برای اندازه‌گیری فرایندها ❖ اندازه‌گیری شاخص‌های تعیین شده، مقایسه روند نتایج و تحلیل نتایج ❖ تعیین و اجرای اقدامات مناسب/اصلاحات فرایندی ❖ بازنگری و به روز رسانی فرایندهای اصلی
	<p>فرایند مجموعه‌ای از فعالیت‌های متوالی و مرتبط به هم است که برای تولید محصول یا ارائه خدمت یا دستیابی به نتایج برنامه‌ریزی شده انجام می‌گیرد. فرایند بایستی شروع و خاتمه مشخص داشته و ضمن تعریف ورودی‌ها و خروجی‌ها و تعیین متولی و صاحبان فرایند، ساختار شفاف برای عملکرد ارائه نماید. فرایندهای اصلی بیمارستان منظور آن گروه از فرایندها هستند که در ارتباط مستقیم با مشتریان بیمارستان تعریف می‌شوند. مشتریان منطبق با ماهوریت‌های بیمارستان می‌توانند شامل دانشجویان، بیماران، مراجعه کنندگان، مددجویان و ... باشند. به طور مثال فرایند ارائه خدمات آموزشی برای دانشجویان، فرایند ارائه خدمات درمانی سرپایی، فرایند ارائه خدمات درمانی بستری، فرایند ارائه خدمات لورژانس، فرایند ارائه خدمات تشخیصی آزمایشگاهی و سایر.</p> <p>فرایندهای سازمانی در سه گروه فرایندهای اصلی، پشتیبان و مدیریتی قرار می‌گیرند. فرایندهای اصلی فلسفه وجودی یک سازمان یا واحد را نشان داده، با مشتری اصلی در ارتباط بوده و ایجاد ارزش افزوده می‌کند. هر یک از گام‌های فرایندهای اصلی می‌تواند شامل یک یا چند فرایند فرعی باشد. فرایندها می‌توانند به صورت فلوجارت و یا نگارش انشایی (الگوریتم) تدوین شوند. اجزاء فرایند شامل ورودی‌ها، خروجی‌ها، منابع، متولی فرایند و صاحبان فرایند می‌شود. برای تحت کنترل قرار دادن فرایندها لازم است که فرایندهای شناسایی شده، کدگذاری شده و پس از تصویب رییس بیمارستان، در سطح بیمارستان ابلاغ گردد. فرایندهای اصلی باید به شکلی تعریف شوند که بتوان نقشه ارتباطی بین آن‌ها (نقشه فرایندی) را ترسیم و مسیر حرکت مشتری مورد نظر را در بین فرایندها مشخص نمود. تعامل فرایندها شامل تاثیر گذاری هر فرایند بر فرایندهای مرتبط با آن بر اساس نقشه فرایندی/توالی فرایندی است.</p> <p>فلوجارت یا نمودار فرایند، نموداری است که توالی مراحل که در یک فرایند برای اجرای کار درست انجام می‌شود را نشان می‌دهد. از طریق مشاهده فلوجارت می‌توان تصویری کلی از فرایند به دست آورد و فهمید که یک فرایند چگونه کار می‌کند؟ و مسئول هر یک از فعالیت‌ها کیست؟.</p>
	<p>➤ برای ایجاد ادبیات مشترک بین افراد و فهم فلوجارت ترسیم شده، از اشکال هندسی قراردادی به شرح زیر استفاده می‌شود:</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. بیضی (شروع و پایان فرایند) ۲. مستطیل (انجام یک فعالیت) ۳. لوزی (نشان دادن یک تصمیم گیری) ۴. فلش برای نشان دادن مسیر جریان فرایند <p>ضروری است در هنگام تعیین شاخص‌های اندازه‌گیری فرایندها، به کافی و متناسب بودن آن دقت شود به طوری که برای هر یک از گلوگاه‌های فرایند اصلی، اندازه‌گیری در نظر گرفته شود. شاخص‌ها می‌توانند جنبه‌های مختلفی را پوشش دهند، از جمله می‌توان به زمان ارائه خدمات و یا زمان انتظار برای دریافت خدمات، هزینه، سرعت انجام کار، صحت/دقت انجام کار، رضایت مشتریان اشاره نمود. در شناسنامه شاخص‌های فرایندی باید مشخص گردد که چه کسی، در چه بازه زمانی، با چه فرمولی و بر اساس چه اطلاعاتی، اندازه‌گیری شاخص‌ها را انجام می‌دهد. فرایندهای ابلاغ شده باید با روند کاری در واحدهای مرتبط همخوانی داشته و کارکنان از آن آگاهی کامل داشته باشند. این فرایندها حداقل سالی یکبار مورد بازنگری و در صورت نیاز ویرایش می‌شوند. هر بیمارستان تعداد محدودی فرایند اصلی دارد و متعدد بودن فرایندهای اصلی یا کوچک بودن دامنه هر فرایند، باعث گسستگی سیستم مدیریتی در واحدها می‌شود. لذا توصیه می‌شود از تعریف فرایندهای کوچک یا فرعی، بدون در نظر گرفتن توالی آن‌ها و ارتباط فرایندهای اصلی با مشتریان اصلی بیمارستان خودداری شود.</p>



الف-۱-۴-۳ نتایج عملکرد بالینی و غیر بالینی بیمارستان به طور مستمر پایش و مدیریت می‌شوند. سطح دو

- ❖ محاسبه و تفسیر/ تحلیل شاخص‌های مورد نیاز/ بلاغی بالینی و غیر بالینی در فواصل تعیین شده و ارائه پیشنهادهای گزارشی بر اساس آن‌ها
- ❖ ایجاد سیستم گزارش‌دهی مناسب برای دریافت گزارش‌های توصیفی بالینی و غیر بالینی مورد نیاز در زمان‌های مشخص
- ❖ پایش عملکرد واحدهای بالینی و غیر بالینی بر اساس گزارش‌های بدست آمده و تفسیر/ تحلیل شاخص‌های مربوط
- ❖ مقایسه نتایج پایش عملکرد با نتایج مورد انتظار/ از پیش تعیین شده/ بلاغ شده
- ❖ تعیین و اجرای اقدامات/ برنامه‌ها/ سیاست‌های بهبود یا توسعه‌ای با توجه به روند نتایج ارزیابی عملکرد در حوزه‌های بالینی و غیر بالینی

➤ انواعی از گزارش‌های عملکردی:

۱. متوسط اقامت بیمار در هر بخش بستری/ هر پزشک/ هر بیماری (ماهانه)
۲. ضریب اشغال تخت در هر بخش بستری/ هر پزشک/ هر بیماری (ماهانه)
۳. نرخ عفونت بیمارستانی به تفکیک بخش (سه ماهه)
۴. نرخ بستری مجدد در هر بخش بستری/ هر پزشک/ هر بیماری (سه ماهه)
۵. هزینه‌درآمد هر روز تخت بستری اشغال شده/ بستری کل (سه ماهه)
۶. هزینه‌درآمد هر ماه فعالیت هر بخش بستری/ هر واحد تشخیصی/ هر واحد کمک درمانی (سه ماهه)
۷. نسبت تخت روز بستری پذیرش بیمار بر حسب متبع پذیرش بیمار (درمانگاه، مطب خصوصی، اورژانس، و...) (سه ماهه)
۸. نسبت تعداد نفر - سرویس ارائه شده به ازای تعداد نفر - ساعت کار واحد تشخیصی/ کمک درمانی (سه ماهه)
۹. نسبت ساعت کار اتاق عمل به کل ساعت کار قابل استفاده اتاق عمل (ماهانه)
۱۰. گردش تخت اتاق عمل (تعداد جراحی انجام شده بر روی هر تخت) هر سرویس تخصصی/ هر پزشک
۱۱. متوسط ویزیت روزانه بیمار در درمانگاه به ازای هر گروه تخصصی پزشکان (ماهانه)
۱۲. میزان ترخیص با میل شخصی
۱۳. میزان اعمال جراحی کسپل شده

بدیهی است موارد ذکر شده فوق، صرفاً مثال‌هایی از شاخص‌هایی برای پایش عملکرد بالینی و غیر بالینی هستند و خود این شاخص‌ها ملاک ارزیابی نیستند. هر یک از بیمارستان‌ها بایستی به صورت کاملاً بومی با شناسایی گلوگاه‌های مهم و گزارش‌های لازم برای سازمان‌های بالادستی، نسبت به تعریف شاخص‌های بالینی و غیر بالینی موثر بر نتایج سازمان خود اقدام نمایند. در همین راستا توصیه می‌گردد توجه به میزان تاثیر این پایش‌ها در بازنگری سیستم مدیریتی و بهبود نتایج سازمان است و اتلاف وقت و هزینه برای پایش‌های متعدد و بدون اثر توصیه نمی‌شود.

الف-۱-۴-۴ برنامه‌های عملیاتی طراحی، پایش و مدیریت می‌شوند. سطح دو

- ❖ تدوین برنامه عملیاتی برای هر یک از اهداف اختصاصی/ عملیاتی/ عینی تعریف شده در سند استراتژیک، بطور سه‌ماهه و با مشارکت واحدهای مرتبط
- ❖ لحاظ موازین ایمنی بیمار و رویکرد بهبود مستمر کیفیت در برنامه عملیاتی و بودجه بندی بیمارستان با هویتی مشخص و مستقل (یا در قالب پیوست برنامه)
- ❖ تعیین فعالیت‌های لازم برای دستیابی به هر یک از اهداف اختصاصی/ عملیاتی/ عینی
- ❖ مشخص نمودن مسئول اجرا و دوره زمانی اجرای هر فعالیت، تعیین منابع (شامل منابع مالی، انسانی، اطلاعاتی و یا فیزیکی) مورد نیاز برای هر فعالیت
- ❖ مشخص نمودن نحوه پایش اجرای هر فعالیت و پایش اجرایی شدن آن‌ها و تعیین مسئول برای هر برنامه عملیاتی
- ❖ تدوین حداقل یک شاخص دستیابی به هدف و شاخص پیشرفت فیزیکی برای هر برنامه و اندازه‌گیری آن‌ها در بازه‌های زمانی مشخص
- ❖ اطلاع کارکنان از برنامه‌های عملیاتی مرتبط با واحد خود
- ❖ تهیه گزارش‌های پایش، اجرا و دستیابی به هدف در بازه‌های زمانی مشخص و ارائه به تیم رهبری و مدیریت
- ❖ به روز رسانی برنامه‌های عملیاتی بر اساس نتایج پایش و اندازه‌گیری شاخص‌های مربوط

برنامه عملیاتی مستندی است شامل مجموعه فعالیت‌ها و اقدامات زمان بندی شده (معمولاً در بازه زمانی یک سال) برای دستیابی به اهداف اختصاصی/ عملیاتی/ عینی در راستای به اجرا در آوردن تصمیمات استراتژیک با بهترین استفاده از منابع موجود (منابع انسانی، فیزیکی، مالی و اطلاعاتی). در تدوین برنامه عملیاتی، امکان در نظر گرفتن تحولات محیطی و اعمال اصلاحات لازم به شرط اینکه اهداف تعیین شده حاصل شود، وجود دارد. برنامه عملیاتی شامل اهداف اختصاصی/ عملیاتی/ عینی با ویژگی اسمارت بودن است و بر اساس اهداف کلان و استراتژی‌های مشخص شده در برنامه استراتژیک تعیین می‌گردند. ویژگی اسمارت بودن به خاص و مشخص بودن هدف (تمرکز آن بر یک موضوع مشخص)، قابل اندازه‌گیری بودن، قابل دسترسی بودن، واقع گرا یا مرتبط بودن و زمان‌مند بودن هدف اشاره دارد. فعالیت‌های لازم برای دستیابی به اهداف تعیین شده، مسئول اجرا و زمان اجرای هر فعالیت و منابع مورد نیاز (شامل منابع مالی، انسانی، اطلاعاتی و یا فیزیکی) برای هر فعالیت است. برای هر برنامه، مسئول پایش تعیین شده که در زمان‌های معین، اجرای فعالیت‌ها را پایش کرده و با اندازه‌گیری شاخص‌های تعیین شده، میزان تحقق اهداف اختصاصی/ عملیاتی را تعیین و گزارش می‌نماید.



سطح دو	الف-۱-۴-۵ چالش‌ها و فرصت‌های بهبود شناسایی و اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود مؤثر طراحی و بر اساس آن عمل می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ شناسایی و مکتوب نمودن چالش‌های در دوره‌های زمانی معین به تشخیص مدیران / مسئولان بیمارستان ❖ تعیین فرصت‌های بهبود با توجه به امکانات و توانمندی‌های بیمارستان برای کاهش تاثیرات چالش‌های شناسایی شده ❖ جمع آوری ایده‌های مناسب برای فرصت‌های بهبود پیش بینی شده و انتخاب ایده‌های کاربردی برای اجرا ❖ اجرای ایده‌ها و ارزیابی مؤثر بودن آن‌ها؛ در صورت نیاز ارائه پیشنهادات و اقدامات اصلاحی با برنامه‌های بهبود
	<p>منظور از چالش، هر وضعیت یا پدیده بیرونی است که از حیطه اختیار سازمان خارج بوده، باعث بروز دشواری یا ایجاد مانع در راه انجام وظایف معمول و رسیدن به اهداف شده، سیاست‌های اصلی سازمان را تحت تاثیر قرار می‌دهد و مواجهه با آن دغدغه ذهنی برای مدیران است. تاثیر بر آثار چالش‌ها، تلاشی سخت و سرنوشت ساز نیاز دارد. لازم به ذکر است منظور از چالش در این استاندارد، نقاط ضعف یا تهدیدهای سازمان که در تحلیل وضعیت موجود در سند استراتژیک نمی باشد. چالش‌ها معمولاً به عنوان یک تهدید فوری در سازمان پدیدار می‌شوند و تاثیرات مهمی در روندها و برنامه‌ها و نتایج می‌گذارند. بهترین مثال برای این مفهوم تاخیر غیر معمول در دریافت مطالبات از سازمان‌های بیمه گر و کاهش ناگهانی نقدینگی بیمارستان است. البته مسلم است که خود این چالش نیز تحت تاثیر چالش‌های فرانسختی دیگر نمود پیدا می‌کند. اما در سازمان‌های برنامه محور با حضور رهبری و مدیریت آگاه به اصول برنامه‌ریزی می‌توان چالش‌ها را به موقع شناسایی نمود و فرصت بهبود را چیران و کاهش آسیب پذیری را طراحی و اجرا نمود. به عنوان مثال طراحی مدل اقتصاد مقاومتی در بیمارستان با همه ابعاد فنی و اجرایی می‌تواند نسخه چیرانی برای مدیریت کمبود منابع باشد. در واقع تهدید کمبود منابع به فرصتی برای پویایی و ایجاد بهره وری بیشتر در سازمان تبدیل می‌شود. نقش رهبری و مدیریت در بیمارستان فراتر از چند تصمیم کوچک/ بزرگ در فرایند اجرایی است. این مهم تنها با خلاقیت در شیوه‌های رهبری و هدایت بهینه منابع در راستای برنامه‌های اقتصاد مقاومتی مدیریت می‌شود. البته تمامی تاثیرات چالش‌های سیستمی را نمی‌توان از بین برد اما به قدر وسیع و توان سازمانی تیم رهبری و مدیریت، می‌توان عوارض سازمانی این چالش‌ها را به حداقل رساند.</p> <p>فرصت بهبود عبارت است از هر وضعیت، موقعیت و شرایطی که امکان ایجاد ارزش/ منفعت/ بهبود برای سازمان داشته باشد. این فرصت می‌تواند با اضافه شدن ایده مناسب و یا منابع لازم تبدیل به ارزش/ منفعت/ بهبود گردد. برای اینکه بتوان از فرصت‌های بهبود پیش آمده استفاده بهینه کرد، لازم است در ابتدا این فرصت‌ها را شناسایی نمود و سپس با طراحی و ارائه ایده‌های کاربردی و یا برنامه‌های اجرایی، آن را به یک بهبود بالفعل در سیستم/ سازمان تبدیل نمود.</p> <p>برنامه بهبود مستندی است که برای دستیابی به اهداف کیفیتی معین و به صورت یک برنامه اجرایی با فعالیت‌ها، زمان بندی، منابع و مجریان مشخص طراحی و تدوین می‌شود. برنامه بهبود همانند برنامه عملیاتی باید پایه و ارزیابی شود تا اطمینان حاصل شود که بیمارستان به اهداف تعیین شده دست پیدا کرده است.</p> <p>ضروری است بیمارستان سوابق مربوط به شناسایی چالش‌ها، فرصت‌های بهبود و ایده‌های کاربردی اجرا شده و نتایج اجرا را به صورت جمع بندی شده نگهداری نماید. چرا که درس از گذشته یکی از شیوه‌های مهم و اثربخش در مدیریت چالش‌های تجربه شده است. چالش‌های شناسایی شده بایستی در بازنگری سیاست‌های اصلی و برنامه استراتژیک مدنظر باشند. همچنین توصیه می‌شود تیم رهبری و مدیریت از کارکنان خلاق به نحو مقتضی قدرتمندی نمایند. همچنین به منظور استفاده از قدرت خلاقیت کارکنان برای ارائه ایده‌های کاربردی می‌توان دوره‌های آموزشی پرورش تفکر خلاق و تفکر انتقادی را برگزار نمود.</p>



سطح دو	الف-۱-۴-۶- سوابق و مستندات مدیریت، تحت کنترل بوده و قابل بازیابی است.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ شناسایی مستندات درون سازمانی موثر بر عملکرد بیمارستان از طریق انتخاب نام اجنوا و کدگذاری آنها ❖ مکتوب نمودن نحوه کدگذاری، تصویب، بازنگری، توزیع و تغییر مستندات درون سازمانی موثر بر عملکرد بیمارستان ❖ تهیه فهرست اصلی برای مستندات درون سازمانی ❖ مشخص نمودن فرد مسئول برای کنترل مستندات درون سازمانی ❖ کسب اطمینان از تحت کنترل بودن و استفاده صحیح کارکنان از نسخ معتبر و به روز مستندات درون سازمانی و برون سازمانی ❖ تعیین سوابق مورد نیاز در واحدها برای نگهداری و مشخص نمودن مدت زمان و نحوه نگهداری هر یک از سوابق
	<p>منظور از مستندات، نوشته، تصویر، فیلم یا صوتی است که به قصد ارائه اطلاعات برای انجام وظایف، ثبت داده‌های عملکردی سازمان، انتشار دانش سازمانی، شواهدی برای تعیین انطباق محصول، پیامد بدست آمده با ویژگی‌های تعیین شده تهیه می‌شود. مدیریت مستندات و سوابق، یعنی کنترل نظاممند مستندات و سوابق از لحظه ایجاد تا بکارگیری، توزیع، سازمان‌دهی، ذخیره‌سازی، بازیابی و به روز رسانی، هدف اصلی مدیریت مستندات، تحویل مدرک یا سابقه مناسب به فرد مناسب در زمان مناسب است. مستندات می‌توانند بصورت کاغذی، الکترونیکی، نوری، مغناطیسی و ... باشند. مستندات برای اطمینان از اینکه به روز بوده و اعتبار لازم را برای استفاده دارند. مورد بازنگری و ویرایش قرار می‌گیرند. مستنداتی که توسط بیمارستان تدوین می‌شوند به عنوان مستندات درون سازمانی و مستنداتی که از سازمان‌های بالا دست یا سایر سازمان‌ها برای اجرا در بیمارستان ابلاغ / ارائه می‌گردد به عنوان مستندات برون سازمانی تعریف می‌شوند. مستندات برون سازمانی در بیمارستان‌ها معمولاً توسط دپارتمان بیمارستان دریافت، شناسایی، شماره‌گذاری و توزیع می‌شود اما برای مستندات درون سازمانی نیاز است که واحد/ فرد خاصی تعیین شود که ضمن پیشگیری از موازی کاری و گردش مستندات مشابه در بیمارستان، اطمینان حاصل شود که هر مستندی که در اختیار بخش‌ها/ واحدهای مختلف قرار دارد و آخرین ویرایش و نسخه معتبر آن مستند است. مستندات انواع مختلفی دارد از جمله می‌تواند شامل مستندات در سطح بالا یا مستندات مادر (شامل برنامه‌ها، فرایندها، دستورالعمل‌ها، روش‌های اجرایی، خط مشی و روش‌های اجرایی، SOPها، آیین نامه‌ها و ...) و مستنداتی سطح پایین هرم مستندات (از قبیل چک لیست‌ها، فهرست‌ها، فرم‌ها، جداول و ...) باشد. مستندات سطح پایین در ارتباط با حداقل یکی از مستندات سطح بالاتر بوده و اغلب برای گردآوری اطلاعات مورد استفاده قرار می‌گیرند. هیچ یک از مستندات سطح پایین نباید بدون سند سطح بالا یا سند مادر، در سازمان استفاده شود. زیرا توضیح نحوه استفاده از این نوع مستندات در داخل سند مادر قید می‌شود. سوابق، نوعی دیگر از مستندات است که نشان دهنده انجام فعالیت/کار، نتایج بدست آمده، خروجی‌ها/ محصولات فرایند، اجرای وظایف و مانند آن است. ضروری است که بیمارستان مشخص کند هر سابقه‌ای را برای چه مدتی باید نگهداری نماید؟ و پس از انقضای مدت مشخص شده چگونه تعیین تکلیف شوند؟ (برای تعیین تکلیف کردن سوابق روش‌های مختلفی وجود دارد اعم از امحاء کردن، خلاصه نویسی و بعد امحاء، تعیین تکلیف کردن از سازمان بالادست، نگهداری در بایگانی آرکد تا مدت زمان معین و ...). توصیه می‌شود بایش دوره‌ای برای کسب اطمینان از رعایت اصول تدوین، نگهداری، توزیع و قابلیت بازیابی مستندات و سوابق در بیمارستان برنامه‌ریزی و انجام شود.</p>
سطح سه	الف-۱-۴-۷- نظرات و پیشنهادات ذینفعان برای تحقق نتایج مطلوب و متوازن، یا روشی بدون اخذ شده و در برنامه‌ریزی‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرند.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ مشخص نمودن نحوه و بازهای زمانی برای دریافت نظرات و پیشنهادات هر یک از گروه‌های ذینفع ❖ ارائه بازخورد، به واحدهای مختلف بیمارستان از نتایج نظرسنجی بدست آمده ❖ استفاده از پیشنهادات دریافت شده از سوی ذینفعان در برنامه‌ها برای تحقق نتایج مطلوب و متوازن
	<p>در ابتدای کار، بایستی بیمارستان گروه‌های مختلف ذینفعان خود را شناسایی نماید تا در هنگام دریافت نظرات، مخصوصاً در صورتی که گروه ذینفع، از اعضای زیادی برخوردار باشد بتواند با نمونه گیری برای نظرسنجی استفاده نماید.</p> <p>➤ برخی از گروه‌های ذینفع:</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. گروه بیماران به عنوان مشتریان اصلی بیمارستان ۲. گروه کارکنان و پزشکان ۳. گروه دانشجویان و دستیاران تخصصی (برای بیمارستان‌های آموزشی) به عنوان گروه دیگری از مشتریان اصلی بیمارستان ۴. گروه سهامداران ۵. تامین کنندگان (بیمه‌کناران، تامین کنندگان دارو و لوازم مصرفی پزشکی، ارائه دهندگان خدمات مختلف تعمیر و نگهداری، تامین کنندگان تجهیزات پزشکی و ...) ۶. سازمان متبوع (مانند وزارت بهداشت، سازمان تامین اجتماعی/ نیروی مسلح برای بیمارستان‌ها تابعه خودشان، دانشگاه علوم پزشکی متبوع و ...) ۷. گروه سازمان‌های همکار (مانند پزشکی قانونی، شهرداری و ...) <p>توصیه می‌شود ضمن طراحی فرم‌های نظرسنجی و دریافت پیشنهادات متناسب با هر یک از گروه‌های ذینفعان، جمع بندی و تحلیل نتایج توسط مسئول معینی صورت پذیرد.</p>



سطح	الف-۱-۵ کمیته‌های بیمارستانی بر اساس ضوابط مربوط و متناسب با شرایط بیمارستان به صورت اثربخش فعالیت می‌نمایند.
سطح یک	الف-۱-۵-۱ جلسات کمیته‌های بیمارستانی مطابق ضوابط مربوط و متناسب با ابعاد عملکرد مدیریتی بیمارستان برگزار می‌شود.
<ul style="list-style-type: none"> ❖ تنظیم، تصویب و ابلاغ آیین نامه داخلی برای هر یک از کمیته‌های بیمارستانی ❖ برگزاری جلسات کمیته‌ها مطابق آیین نامه مصوب و حداقل برابر دستورالعمل‌های ابلاغی و حداکثر متناسب و بر اساس ابعاد عملکردی بیمارستان برای هر کمیته ❖ تعیین دبیر و اعضای اصلی کمیته‌ها، متناسب با وظایف و تخصصی‌های مورد نیاز، توسط تیم رهبری و مدیریت ❖ تعیین دستور کار جلسات کمیته‌ها در راستای اهداف و مأموریت هر کمیته و با توجه به مشکلات واقعی و جاری بیمارستان ❖ برگزاری جلسات کمیته‌ها با رعایت آیین نامه داخلی و اهداف هر کمیته 	
<p>آیین نامه داخلی، مستندی است که برای کنترل کار کمیته/گروه/اداره و نظم دهی به رفتار اعضای آن در قبال کمیته/گروه/اداره، تدوین، تصویب و توسط بالاترین مرجع آن گروه/کمیته/اداره یا سازمان، ابلاغ می‌گردد. در صورت ابلاغ دستورالعمل کمیته‌های بیمارستانی مبنای تدوین آیین نامه دستورالعمل ابلاغی است و در غیر این صورت یا تشخیص تیم رهبری و مدیریت آیین نامه کمیته‌ها تدوین و تصویب می‌شود. رعایت آیین نامه داخلی برای تمامی اعضا الزامی است.</p>	
<p>➤ اجزای آیین نامه داخلی کمیته‌ها:</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. اهداف، رسالت، چارت سازمانی و شرح وظایف کمیته و نحوه تعیین اعضا و انتخاب دبیر ۲. تعداد اعضا و سمت اعضا (بهون تریج اسامی افراد در آیین نامه و صرفاً ثبت سمت اعضای مورد نیاز تا در صورت تغییر افراد نیاز به ویرایش آیین نامه نباشد) ۳. شرح وظایف نقش‌های مختلف که برای کمیته در نظر گرفته شده است ۴. مسئولیت‌ها و اختیارات هر یک از نقش‌ها از جمله شرح وظایف و مسئولیت‌ها و اختیارات رئیس و دبیر کمیته بصورت مجزا ۵. نحوه ارزیابی عملکرد کمیته و نحوه تعامل کمیته با سایر کمیته‌ها و تیم رهبری و مدیریت بیمارستان ۶. تبیین "ضوابط برگزاری جلسات" در انتهای آیین نامه داخلی <p>"ضوابط برگزاری جلسات" شامل مدت و فاصله زمانی برگزاری جلسات، نحوه رسمیت یافتن جلسات، تصویب و تصمیم‌گیری در حوزه وظایف و نحوه پیگیری مصوبات است و با همه ملحقات آن در انتهای آیین نامه‌های داخلی کمیته‌ها درج می‌شود.</p>	
<p>در تدوین آیین نامه هر کمیته و نحوه فعالیت آن دقت شود تا عدم مغایرتی با دستورالعمل‌های ابلاغی کمیته‌ها از وزارت بهداشت/دانشگاه/دانشکده وجود نداشته باشد.</p>	
<p>➤ حداقل جلسات مشترک/مستقل مورد انتظار در این استاندارد شامل کمیته‌های ذیل است:</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. کمیته باپش و سنجش کیفیت (مستقل) ۲. کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات (مستقل) ۳. کمیته اخلاق بالینی (مستقل) ۴. کمیته پیشگیری و کنترل عفونت و بهداشت محیط (به صورت مشترک/مستقل) ۵. کمیته مدیریت خطر حوادث و بلاها و کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار (به صورت مشترک/مستقل) ۶. کمیته ترویج زیلعان طبیعی و ایمن و ترویج تغذیه با شیر مادر (به صورت مشترک/مستقل) ۷. کمیته درمان، دارو و تجهیزات پزشکی و اقتصاد درمان (به صورت مشترک/مستقل) ۸. کمیته ترگ و میر و عوارض و زیر کمیته‌های مربوط (مشترک/مستقل) ۹. کمیته طب انتقال خون (مستقل) ۱۰. کمیته ارتقای راهبردی خدمات بخش اورژانس (مستقل) 	



سطح یک	<p>الف-۱-۵-۲ مصوبات کمیته‌های بیمارستانی شامل راه حل‌های واضح، مشخص و قابل اجرا برای حل مشکلات و تحقق نتایج مطلوب است.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ تعیین دستور کار جلسات کمیته‌ها، همسو با مشکلات بیمارستان در حوزه عملکردی و اهداف هر کمیته ❖ زائه گزارش در ابتدای هر جلسه در خصوص اقدامات انجام گرفته و مشکلات رفع شده مطابق مصوبات جلسات پیشین ❖ عملکردی اعضا و تصویب راه حل‌های واضح، کاربردی و مشخص، همسو با دستور کار جلسات و مباحث مطرح شده در جلسه ❖ مشخص بودن ارتباط بین مصوبات جلسات کمیته و مشکلات شناسایی شده ❖ تعیین دستور کار جلسه آتی در صورت نیاز ❖ تهیه صورتجلسات با رعایت فرمت ثابت، با تشخیص و طراحی بیمارستان ❖ پیوند مشکلات و تحقق نتایج مطلوب به دنبال اجرای مصوبات کمیته‌ها
	<p>➤ حداقل‌های مورد انتظار فرم صورتجلسه کمیته شامل:</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. تاریخ، ساعت و محل برگزاری جلسه ۲. دستور کار جلسه، فهرست افراد حاضر و غایب ۳. نتایج پیگیری مصوبات جلسات قبل ۴. شرح مباحث/ مذاکرات مطرح شده در جلسه ۵. مصوبات جلسه، مسئول پیگیری مصوبات، مهلت زمانی اجرای مصوبات ۶. امضای اعضای حاضر و ذکر اسامی اعضای غایب جلسه و اخذ امضای غایبین پس از جلسه <p>شرح مباحث/ مذاکرات مطرح شده در جلسه کمیته باید به صورتی درج گردد که علت مصوبات جلسات برای خواننده صورتجلسه مشخص شود و از نگارش جملات کوتاه و غیر شفاف پرهیز شود. وجود امضای غایبین در صورتجلسات کمیته‌ها، برای اطمینان از در جریان قرار گرفتن آن‌ها از مصوبات و مباحث مطرح شده در جلسه است و ملاک به رسمیت شناختن جلسات نیست. از طرفی این شیوه‌نویسی ارائه بازخورد به غایبین جلسات محسوب می‌شود.</p> <p>توصیه می‌شود رییس جلسه بر نحوه نگارش صورتجلسه کمیته نظارت نموده و اطمینان یابد که تمام نکات مهم مطرح شده در جلسه در صورتجلسه درج شده است. همچنین با توجه به اهمیت نگارش صحیح صورتجلسات، دوره آموزشی نحوه نگارش صورتجلسه، نحوه مدیریت جلسات / نحوه استفاده از شیوه‌های بارش افکار و گفتگوی ساختارمند، برای دبیران کمیته‌های بیمارستانی برگزار شود.</p>
سطح دو	<p>الف-۱-۵-۳ اثربخشی مصوبات کمیته‌های بیمارستانی، ارزیابی و در صورت لزوم اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل می‌آید.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ اندازه گیری و تحلیل شاخص درصد اجرایی شدن مصوبات کمیته‌های بیمارستانی طبق مهلت زمانی تعیین شده توسط دفتر بهبود کیفیت با همکاری دبیران کمیته‌ها ❖ ارزیابی میزان بهبود مشکلات و تحقق نتایج مطلوب به دنبال اجرای تصمیمات کمیته‌ها توسط دفتر بهبود کیفیت ❖ ارائه گزارش‌های دوره‌ای (حداقل فصلی) از فعالیت و کیفیت عملکرد کمیته‌ها به تیم رهبری و مدیریت توسط دفتر بهبود کیفیت ❖ انجام اقدامات اصلاحی در کمیته‌های بیمارستانی توسط تیم رهبری و مدیریت بر اساس نتایج سنجش اثربخشی هر یک از کمیته‌ها <p>ارزیابی عملکرد کمیته‌ها مطابق نحوه ارزیابی درج شده در آیین نامه کمیته مربوط صورت می‌پذیرد و مصادیق این استاندارد بایستی در آیین نامه کمیته‌ها نیز پیش بینی شود. مصوبات کمیته‌های بیمارستانی قابلیت اجرایی داشته و بایستی در صورتجلسات به طور واضح مشخص شده باشد که چه کسی، چه کاری را یا استفاده از چه منابعی و در چه مهلت زمانی باید انجام دهد/ پی گیری می‌کند منابع مورد نیاز برای اجرای مصوبات توسط مسئولان ارشد بیمارستان نامین می‌شود.</p> <p>توصیه می‌شود برای اعضای کمیته‌های بیمارستانی و بویژه دبیران کمیته‌ها، آموزش‌های لازم برای ارائه ایده‌های جدید برگزار شده و اقدامات تشویقی با توجه به صلاحدید تیم رهبری بیمارستان برای ارائه دهندگان ایده‌ها/ نظرات جدید کاربردی در نظر گرفته شود.</p>
سطح سه	<p>الف-۱-۵-۴ کمیته‌های بیمارستانی در روند ارتقاء کیفیت خدمات و ایمنی بیماران نقش مؤثر ایفا می‌نمایند.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ اولویت بخشی به ارتقاء مستمر کیفیت و ایمنی بیمار در دستور کار و مصوبات کمیته‌های بیمارستانی ❖ مشارکت فعال کمیته‌های مرگ و میر، انتقال خون، دارو و درمان و سایر کمیته‌ها در موضوعات مرتبط با ایمنی بیمار و ارتقاء آن ❖ کسب اطمینان از ایفای نقش مؤثر کمیته‌های بیمارستانی از ارتقاء مستمر کیفیت و ایمنی بیمار در ارزیابی اثر بخشی کمیته‌های بیمارستانی ❖ وجود شواهد تایید کننده مبنی بر ایفای نقش مؤثر کمیته‌های بیمارستانی در ارتقاء مستمر کیفیت و ایمنی بیمار در تمام سطوح عملکردی بیمارستان <p>شاخص‌های عملکردی مرتبط با ایمنی بیماران برای هر یک از کمیته‌ها تعیین شده و گزارش اجرای مصوبات هر یک از کمیته‌ها که مؤثر بر کیفیت خدمات و ایمنی بیماران بوده اند بصورت مجزا از عملکرد هر کمیته و تحلیل تاثیر مصوبات مرتبط اجرایی شده کمیته‌ها بر شاخص‌های کیفیت خدمات و ایمنی بیماران تدوین و به صورت فصلی به تیم رهبری و مدیریت ارائه شود. ارزیابی روند عملکرد کمیته‌ها در برداشتن به ارتقاء کیفیت خدمات و ایمنی بیماران و نتایج حاصل از آن در دفتر بهبود کیفیت برنامه‌ریزی و انجام شود. همچنین توصیه می‌شود پیوست ایمنی هر یک از مصوبات مرتبط با بیماران و خدمات تشخیصی و درمانی پیش بینی شده و مدنظر قرار گیرد.</p>



سطح	الف-۱-۶ عملکرد تیم رهبری و مدیریت بیانگر تعهد به اجرای برنامه‌های ارتقای کیفیت خدمات و ایمنی بیمار است.
سطح یک	الف-۱-۶-۱ * تصمیمات و اقدامات تیم رهبری و مدیریت نشان دهنده اولویت بخشی به ارتقای کیفیت خدمات و ایمنی بیمار است.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ درج سیاست‌های منتخب تیم مدیریت و رهبری برای ارتقای کیفیت خدمات و ایمنی بیمار در "سیاست‌های اصلی" بیمارستان ❖ بررسی گزارش‌های تحلیلی از کیفیت ارائه خدمات و ایمنی بیمار و استفاده از آن‌ها در بازنگری، ویرایش سند استراتژیک و "سیاست‌های اصلی" بیمارستان ❖ اولویت بخشی به ارتقاء مستمر کیفیت و ایمنی بیمار در دستورکار و مصوبات جلسات تیم رهبری و مدیریت ❖ اولویت بخشی به ارتقاء مستمر کیفیت و ایمنی بیمار در دستورکار و مصوبات جلسات کمیته‌های بیمارستانی ❖ مشارکت فعال تیم رهبری و مدیریت در بازدهی‌های مدیریتی ایمنی بیمار و لحاظ نتایج آن در تصمیمات و اقدامات برنامه‌های مدیریت ❖ تأیید کارکنان و مسئولان واحدهای بیمارستان، بر تأکید تیم رهبری و مدیریت بر کیفیت ارائه خدمات و ایمنی بیمار در بنیاد، نشست‌ها، بازدیدهای میدانی و جلسات
	<p>در نظر گرفتن پیوست ایمنی و ملاحظات کیفی در برنامه‌ها و اتخاذ تصمیمات مدیریتی و لحاظ عوامل اثرگذار بر ارتقاء کیفیت خدمات و ایمنی بیمار شواهدی است که تیم رهبری و مدیریت به ارتقای کیفیت و ایمنی بیمار اولویت می‌دهد. برای مثال برنامه‌ها و اتخاذ تصمیمات مدیریتی ذیل مواردی هستند که حتماً بایستی پیوست ایمنی و ملاحظات کیفی در آن‌ها لحاظ شود:</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. به کارگیری نیروی انسانی ۲. عملیات ساختمانی، تجهیزات و احداث ساختمان و بخش‌ها ۳. خرید تجهیزات پزشکی ۴. مدیریت تدارک دارو و تجهیزات ۵. برون سپاری بخش‌ها و خدمات بالینی ۶. برون سپاری واحدها و خدمات فیزیوتراپی و پشتیبانی مهم از تأسیسات، خدمات و سایر ۷. تنظیم و عقد قراردادهای خرید خدمت و هر نوع برون سپاری <p>دوره‌های توجیهی و تکمیلی ضمن خدمت ایمنی بیمار برای تمامی کارکنان مرتبط به طور منظم برگزار شود. همچنین جلب مشارکت بیمارستان و خانواده ایشان در مباحث کیفیت و ایمنی بیمار توصیه می‌گردد.</p>



الف- ۱-۶-۲ * تیم رهبری و مدیریت با همراهی مسئولان مرتبط با ایمنی، بازدیدهای مدون ایمنی را مطابق ضوابط مربوط برنامه‌ریزی و انجام می‌دهند. سطح یک

- ❖ اجرای بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار به صورت منظم طبق دستورالعمل ابلاغی
- ❖ مشارکت فعال تیم رهبری و مدیریت در بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار و لحاظ نتایج آن در تصمیمات و اقدامات برنامه‌های مدیریت
- ❖ وجود صورتجلسه برای هر یک از بازدیدهای ایمنی بیمار مشتمل بر دغدغه‌های مطرح شده و راهکارهای پیشنهادی یا اعضای حاضرین در بازدید
- ❖ طراحی و اجرای اقدامات اصلاحی برنامه بهبود موثر بر اساس نتایج بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار
- ❖ ارائه پس‌خوراند مستند نتایج بازدیدها و نتایج اقدامات اصلاحی به بخش مربوطه و فرد/ افراد پیشنهاد دهنده

تیم رهبری و مدیریت بیمارستان باستی با فلسفه و نحوه اجرای بازدید مدیریتی ایمنی طبق دستورالعمل و مبانی فرهنگ ایمنی بیمار آشنا و بدان متعهد باشند. حضور مدیران ارشد بیمارستان طبق دستورالعمل در این بازدید ضروری است.

برنامه تنظیمی (تقویم) سالیانه (به نحوی که حداقل یک بازدید مدیریتی در هر هفته صورت گیرد) از سوی ریاست بیمارستان به کلیه واحدها/ بخش‌های مربوطه و مدیران مرتبط ابلاغ شده، در بخش‌ها/ واحدها موجود و در معرض رویت کارکنان می‌باشد. موارد لغو شده در برنامه قبلاً اصلاح و تاریخ بعدی مشخص شده است و کارکنان از آن مطلع باشند.

بازدید مدیریتی ایمنی بیمار به هیچ‌وجه جنبه بازرسی ندارد و بازدیدها براساس گفت‌وگو، سوالات باز مربوط به وضعیت ایمنی بیمار و مخاطرات سیستمی موجود با کارکنان صف در بخش‌ها/ واحدهای مربوطه مطابق با سوالات پیشنهادی در دستورالعمل فوق‌الذکر اجرا می‌گردد. ضروری است فرصت کافی به کارکنان در خصوص بیان دغدغه‌های خود در قبال تهدید ایمنی بیمار داده شود و بازدید به گونه‌ای مدیریت گردد که مباحث غیرمرتبط با ایمنی بیمار باعث اتلاف وقت و نپرداختن به مباحث ایمنی بیمار نشود.

انتظار می‌رود رئیس بیمارستان حداقل در تمامی بازدیدهای بخش‌های ویژه، اتاق‌های عمل، اورژانس و پس از آن بسته به وسعت در سایر بخش‌ها/ واحدهای بیمارستان طبق جدول ذیل حضور فعال داشته باشد.

تعداد تخت	درصد حضور رئیس/مدیرعامل
تا ۱۶۰ تخت	۹۰٪
۱۶۱ تا ۳۶۰ تخت	۷۰٪
بالای ۳۶۰ تخت	۵۰٪

رویکرد این بازدیدها ارتقاء فرهنگ ایمنی بیمار و به تبع آن افزایش موارد گزارش مخاطرات و عوامل تهدید کننده ایمنی بیمار و خطا از سوی بخش‌ها و عاری از هرگونه رویکرد سرزنشی است. لذا مشارکت موثر و بدون ترس کارکنان بخش‌ها/ واحدها در ابراز دغدغه‌های تهدید کننده ایمنی بیمار و پیشنهادها/ اصلاحی مورد انتظار است.

۱. شواهد اجرای بازدید مدیریتی ایمنی بیمار؛
۲. وجود صورتجلسه برای هر یک از بازدیدهای ایمنی بیمار مشتمل بر دغدغه‌های مطرح شده و راهکارهای پیشنهادی یا اعضای حاضرین در بازدید
۳. وجود لیست تماس با کارکنان صف و سوابق ارائه بازخورد به آن‌ها
۴. وجود صورتجلسات کمیته‌های مرتبط در مواردی که طبق صورتجلسه بازدید/ نظر مسئول فنی/ ایمنی نیاز به طرح و بررسی در کمیته داشته باشد
۵. وجود سوابق تصمیم‌گیری اثربخش در کمیته مرتبط در زمینه نتایج بازدیدهای ایمنی
۶. وجود برنامه عملیاتی اثربخش برای اقدام/ اقدامات اصلاحی مدون ناشی از بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار
۷. ارزیابی مستند شاخص روند گزارش‌دهی وقایع ناخواسته و بررسی ارتباط آن با اثربخشی بازدیدهای ایمنی بیمار
۸. ارزیابی مستند پیشرفت و اثربخشی برنامه‌های عملیاتی
۹. ارائه پس‌خوراند مستند نتایج بازدیدها و نتایج اقدامات اصلاحی به بخش مربوطه و فرد/ افراد پیشنهاد دهنده
۱۰. استفاده از درس‌های آموخته شده از این بازدیدها در جهت اصلاح فرایندها/ برنامه‌ها و ارتقاء ایمنی بیمار در سطح بیمارستان/ دانشگاه
۱۱. اشراف تیم رهبری و مدیریت بر نتایج حاصله از اجرای بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار و اثربخشی آن‌ها
۱۲. استفاده از فرمت مشخص برای سهولت پیگیری نتایج بازدید
۱۳. تعریف و پایش شاخص‌های اثربخشی برای بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار
۱۴. استفاده از ابزار چرخه PDCA برای ارتقاء مستمر ایمنی بیمار

دستورالعمل بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار- معاونت درمان وزارت متبوع به شماره ۱۲۸۴۳/۴۰۰/۱ مورخ ۹۵/۴/۲۷



سطح یک	الف-۱-۶-۳ * مسئول ایمنی و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بر اساس شرح وظایف فعالیت می‌نمایند.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ فعالیت مسئول فنی ایمنی بیمار طبق آخرین ضوابط ابلاغی وزارت بهداشت و شرح وظایف تعریف شده ❖ فعالیت کارشناس هماهنگ کننده فعالیت‌های ایمنی بیمار طبق شرح وظایف تعریف شده
	<p>➤ نکاتی در خصوص ابلاغ مسئول فنی ایمنی بیمار:</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. صدور ابلاغ مسئول ایمنی بیمار توسط رئیس/مدیر عامل ۲. فعالیت مستقیم زیر نظر رئیس/مدیر عامل ۳. تفویض اختیار کامل در زمینه مسائل مرتبط با ایمنی بیمار ۴. ارائه گزارش ماهیانه وضعیت ایمنی بیمار مستقیماً به رئیس/مدیر عامل ۵. رونوشت ابلاغ به کلیه بخش‌ها/واحد‌ها و اطلاع کلیه کارکنان از آن <p>نکته مهم: در بیمارستان‌های با بیش از ۱۶۰ تخت رئیس/مدیر عامل بیمارستان می‌تواند جهت فرد واجد شرایط به عنوان قائم مقام مسئول فنی در زمینه ایمنی بیمار با شرایط مندرج در فوق ابلاغ صادر نماید. در صورت صدور پروانه مسئولیت فنی برای رئیس/مدیرعامل بیمارستان، نیاز به ابلاغ جداگانه به عنوان مسئول ایمنی نمی‌باشد. مسئول فنی ایمنی بیمار از اعضای ثابت تیم مدیریت و رهبری بیمارستان بوده، در جلسات مربوطه حضور فعال دارد. همچنین مسئول فنی ایمنی بیمار در کمیته‌های بیمارستانی حضور فعال دارد. حضور وی حداقل در کمیته‌های مرگ و میر و عوارض انتقال خون، دارو و درمان، اخلاق پزشکی، انزاسی است. مسئول ایمنی پاسخگوی تمامی موارد مرتبط با ایمنی اعم از ایمنی بیمار، مراجعین، کارکنان و بیمارستان است.</p> <p>➤ نکاتی در خصوص ابلاغ کارشناس هماهنگ کننده فعالیت‌های ایمنی بیمار</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. صدور ابلاغ کارشناس هماهنگ کننده فعالیت‌های ایمنی بیمار توسط رئیس/مدیر عامل و با شرح وظایف به پیوست آن ۲. شرح وظایف توسط مسئول فنی ایمنی بیمار پیشنهاد شده به تایید رئیس/مدیر عامل بیمارستان رسیده باشد. ۳. فعالیت مستقیم زیر نظر مسئول فنی ایمنی بیمار ۴. ارائه گزارش ماهیانه وضعیت ایمنی بیمار به مسئول فنی ایمنی بیمار ۵. رونوشت ابلاغ به کلیه بخش‌ها/واحد‌ها و اطلاع کلیه کارکنان از آن <p>➤ حداقل‌های لازم در شرح وظایف کارشناس هماهنگ کننده فعالیت‌های ایمنی بیمار</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. گزارش فعالیت‌ها به مسئول فنی ایمنی و فعالیت زیر نظر وی و رونوشت به کلیه بخش‌ها/واحد‌ها و اطلاع کلیه کارکنان از آن ۲. هماهنگی با مسئول فنی ایمنی بیمار در تمامی اقدامات ۳. بازدهی‌های برنامه‌ریزی شده با مشارکت مسئولان بخش‌ها/واحد‌ها و مدیران مرتبط برای بررسی وضعیت ایمنی بیمار ۴. بررسی مخاطرات و عوامل تهدید کننده ایمنی بیمار و اجرای راهکارها بر مبنای آن ۵. نیازسنجی از کارکنان بالینی و پشتیبانی جهت طراحی و برگزاری دوره‌های آموزشی مربوط به ایمنی بیمار ۶. انجام سمینارهای دوره‌ای ایمنی بیمار ۷. مشارکت در تدوین شاخص‌های ایمنی بیمار ۸. پایش شاخص‌های ایمنی بیمار و گزارش نتایج و تحلیل دوره‌ای موانع بازنازنده به مسئول فنی ایمنی بیمار ۹. حضور و مشارکت فعال در کمیته‌ها به ویژه کمیته مرگ و میر، انتقال خون و ... ۱۰. مشارکت در برنامه‌ریزی و ارتقاء گزارش وقایع ناخواسته ۱۱. هماهنگی برای برگزاری جلسات تحلیل ریشه‌ای وقایع ناخواسته ۱۲. مشارکت با واحدها/بخش‌های مرتبط در زمینه اقدامات اصلاحی خطاها و وقایع ناخواسته به منظور پیشگیری از وقوع مجدد وقایع مشابه <p>کارشناس هماهنگ کننده فعالیت‌های ایمنی بیمار مستمرکز بر برنامه‌های ایمنی بیمار بوده و اقدامات خود را با هماهنگی مسئول ایمنی بیمارستان انجام میدهد. کارشناس هماهنگ کننده فعالیت‌های ایمنی بیمار از اعضای ثابت تیم رهبری و مدیریت بیمارستان بوده، به تشخیص مسئول فنی ایمنی بیمار در جلسات مربوطه حضور فعال دارد. بررسی و ارزیابی میزان استقرار فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان در بازه زمانی سالانه و اقدام اصلاحی به منظور ارتقاء آن توسط کارشناس هماهنگ کننده فعالیت‌های ایمنی بیمار توصیه می‌شود.</p> <p>☞ آیین نامه و ضوابط مسئول فنی به شماره ۴۰۰/۱۵۶۷۲د مورخ ۱۳۹۶/۶/۲۰</p> <p>☞ شیونامه اجرایی آن به شماره ۴۰۰/۱۶۴۶۵د به تاریخ ۱۳۹۶/۷/۲</p>



سطح یک	الف-۱-۶-۴ * وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات / مراقبت سلامت مطابق ضوابط مربوطه گزارش می‌شوند.
<p>❖ گزارش حوادث ناخواسته درمان بر اساس شیوهنامه ابلاغی وزارت بهداشت</p> <p>❖ انجام اقدامات لازم طبق مراحل شیوهنامه ابلاغی وقایع ناخواسته با هماهنگی دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی</p>	
<p>➤ روش‌های مختلف برای شناسایی وقایع ناخواسته شامل:</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. دریافت گزارش ۲. شکایات واصله ۳. دریافت گزارش بازدیدها و معیزي‌ها و گزارش‌های نظارتی و سوپروایزری ۴. بررسی پرونده ۵. سایر روش‌های بومی در بیمارستان <p>شناسایی و گزارش‌دهی کندهای وقایع ناخواسته مندرج در شیوهنامه مورد اشاره مطابق مفاد آن به سطوح بالاتر انجام می‌شود. لازم به ذکر است تفکیک سنجیه الف-۱-۶-۴ و الف-۱-۶-۵ براساس تاکید وزارت بهداشت در جمع آوری گزارش وقایع ناخواسته در سطح ملی در موارد ۲۸ گانه دستورالعمل مزبور است. این امر به معنی عدم نیاز به گزارش، تحلیل ریشه‌ای و مدیریت سایر وقایع ناخواسته درمان نیست و بایستی تمامی موارد وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات مراقبت سلامت شناسایی، پیشگیری و مدیریت شوند. اجرای دستورالعمل ابلاغی وقایع ناخواسته درمانی لازم الاجراست و در شیوه نامه اعتباربخشی نیز بران تاکید شده است.</p> <p>تیم رهبری و مدیریت با اتخاذ رویکرد عاری از سرزنش نه‌جاً منطبق بر نگرش سیستمیک و فرهنگ منصفانه^۲، گزارش‌دهی وقایع ناخواسته درمان را ترویج می‌نماید. در فرهنگ منصفانه، این موضوع درک می‌گردد که کارکنان حرفه‌ای واجد صلاحیت ممکن است دچار اشتباه شوند و حتی ممکن است رفتارهای متفاوت با هنجارهای سازمانی از خود بروز دهند ولی بی‌بالاتی‌ها قابل پذیرش و تحمل نیست.</p> <p>❖ پخشنامه ابلاغ شیوهنامه نظارتی در خصوص وقوع وقایع ناخواسته درمانی^۲ شماره ۴۰/۳۹۶۷۴ مورخ ۹۶/۱۲/۶</p>	

¹ Just Culture

³ Never Events

^۲ برای شرح فرهنگ ایمنی بیمار به توضیحات الف-۱-۶-۹ مراجعه گردد



سطح یک	الف-۱-۶-۵ * وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات، مراقبت سلامت، شناسایی، پیشگیری و مدیریت می‌شوند.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ وجود رویکرد عاری از سرزنش نابجا منطبق بر نگرش سیستمیک و فرهنگ ایمنی بیمار جهت ترویج گزارش‌دهی وقایع ناخواسته از سوی تیم رهبری و مدیریت ❖ شناسایی علل ریشه‌ای منجر به وقایع ناخواسته ایمنی بیمار اعم از وقایع ناگوار، موارد بدون آسیب، موارد نزدیک به وقوع^۱ ❖ تدوین دستورالعمل مشخص برای نحوه گزارش وقایع ناخواسته و آگاهی، نگرش مثبت و عملکرد مطلوب کارکنان نسبت به گزارش وقایع ناخواسته طبق دستورالعمل ❖ بررسی و تحلیل مستمر نتایج و روند گزارش‌دهی وقایع ناخواسته به منظور برنامه‌ریزی برای ارتقاء ایمنی بیمار به صورت مداوم ❖ طراحی و اجرای برنامه‌های مداخلات اصلاحی به منظور جلوگیری از رخداد وقایع مشابه بر اساس تحلیل علل ریشه‌ای وقایع ناخواسته ❖ نظارت و پایش برنامه مداخلات اصلاحی با روش‌های معتبر جهت ارتقاء گزارش‌دهی ❖ اطلاع‌رسانی، بازخوردها، اقدامات اصلاحی به گزارش‌کنندگان ❖ به مشارکت گذاشته شدن درس‌های آموخته شده با سایر کارکنان و بخش‌های مرتبط ❖ استفاده از وقایع رخ داده به عنوان درس از گذشته به عنوان شواهد در برنامه‌ریزی و بازنگری برنامه‌ها و فرایندها
	<p>➤ وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات، مراقبت سلامت شامل همه موارد محتمل است و محدود به ۲۸ کد تعریف شده در دستورالعمل ابلاغی شماره ۴۰۰/۲۹۶۷۴ مورخ ۹۶/۱۲/۶ نیست. این دستورالعمل بر گزارش ملی ۲۸ کد تأکید دارد. بدیهی است تمامی موارد وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات مراقبت سلامت باستانی در سطح بیمارستان شناسایی، پیشگیری و مدیریت شوند. طراحی و اجرای برنامه‌های مداخلات اصلاحی به منظور جلوگیری از رخداد وقایع مشابه به دو شکل ذیل است</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. مداخلات اقدامات اصلاحی موزدی به تفکیک وقایع ناخواسته رخ داده ۲. مداخلات اقدامات اصلاحی موضوعی به تفکیک نوع واقعه، رسته شغلی، بخش و مانند آن در خصوص وقایع تکرار شونده مشابه یا با احتمال بروز مجدد بالا <p>ابزار جهانی تریگر موسسه ملی سلامت^۲ به راحتی و بدون استفاده از تکنولوژی‌های پیچیده، با رصد آسیب‌ها و شمارش مواردی که نباید رخ می‌داد به شناسایی وقایع ناخواسته احتمالی می‌انجامد. تریگرهای مراقبت سلامت، دارویی، جراحی، ویژه، برد ناتال و اورژانس تریگرهای مختلف موجود هستند که در زمینه تخمین میزان بروز وقایع ناخواسته کمک کننده خواهند بود. برای مطالعه بیشتر در خصوص ابزار جهانی تریگر با کلید واژه مزبور جستجوی منابع توصیه می‌شود.</p> <p>➤ نکاتی مهم در زمینه گزارش وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات / مراقبت سلامت</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. تیم مدیریت و رهبری بیمارستان باید خود به رویکرد عاری از سرزنش نابجا منطبق بر نگرش سیستمیک و فرهنگ ایمنی بیمار در قبال گزارش دهندگان و رعایت محرمانگی را به کلیه کارکنان ابلاغ نموده است. ۲. گزارش‌ها از نظر روند گزارش‌دهی اعم از کیفیت و کمیت گزارش‌های واسطه به تفکیک بخش واحد، رسته شغلی دسته بندی محرمانه شده در ارتقاء گزارش‌دهی مورد بهره‌برداری قرار گیرند. ۳. نظارت و پایش برنامه‌های مداخلات اصلاحی با روش‌های معتبر مانند انجام ممیزی بالینی و چرخه PDCA صورت گیرد. ۴. ترس‌گیری از وقایع رخ داده و استفاده از آن‌ها به عنوان شواهد در برنامه‌ریزی و بازنگری برنامه‌ها و فرایندها جزئی از فرهنگ جاری سازمانی است. ۵. ترس‌های آموخته شده ترجیحاً از طریق دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی مربوطه یا سایر بیمارستان‌ها به مشارکت گذاشته شده/منتشر می‌شوند.

1 Sentinel Events
2 No harm Events
3 Near Misses
4 Global Trigger Tools



سطح دو	الف-۱-۶-۶ * اثربخشی برنامه‌های ارتقاء ایمنی بیمار در فواصل زمانی معین ارزیابی و در صورت لزوم اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود مؤثر اجرا می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ وجود برنامه مدون و در حال اجرا برای پایش اثربخشی ایمنی بیمار ❖ وجود برنامه عملیاتی مداخلات اصلاحی اثربخش برای ارتقاء ایمنی بیمار ❖ تغییر مشهود در روند بهبود شاخص‌های ایمنی بیمار در سطح بیمارستان
	<p>در برنامه استراتژیک بیمارستان جهت پایش اثربخشی برنامه‌های ارتقاء ایمنی بیمار لازم است اهداف اختصاصی اسمارت تعیین و اجرا شود. پایش اثربخشی برنامه‌های ایمنی بیمار بر اساس روند شاخص‌های مربوطه تفسیر می‌شود. شاخص‌های ایمنی بیمار در قالب کار گروهی و یا سرپرستی مسئول فنی ایمنی و پیگیری کارشناس هماهنگ‌کننده ایمنی بیمار تعیین و تعریف شده و به تایید رئیس/ مدیر عامل بیمارستان رسیده و به بخش‌های مربوطه اعلام می‌شوند. شاخص‌های ایمنی بیمار به صورت مرتب در بازه‌های زمانی معین (حداقل فصلی) پایش و روند آن‌ها توسط مسئول فنی ایمنی و کارشناس هماهنگ‌کننده ایمنی بیمار مورد تحلیل قرار می‌گیرد. شواهد موجود بایستی نشان‌دهنده اجرای برنامه بهبود به منظور ارتقاء شاخص‌های ایمنی بیمار باشد و مسئول فنی ایمنی بر اجرای آن‌ها نظارت نموده و توسط کارشناس هماهنگ‌کننده ایمنی بیمار پیگیری و نتایج گزارش شود. نتایج اقدامات اصلاحی نیز بایستی به صورت مستمر توسط کارشناس هماهنگ‌کننده ایمنی بیمار پیگیری و پایش شود. اقدامات، برنامه‌هایی که برای ارتقای کیفیت خدمات و ایمنی بیمار تعیین می‌شوند الزاماً بایستی علوین مزبور را داشته باشند. بلکه ضروری است، نتیجه نهایی آن منجر به ارتقای ایمنی بیمار شود. منظور از اثربخشی اقدامات اصلاحی، مدیریت مؤثر ریسک اهم از حذف ریسک/ تعدیل/تخفیف یا انتقال آن است. انتظار می‌رود براساس نتایج تحلیل ریشه‌ای وقایع ناخواسته علل بروز خطا مدیریت شوند.</p>
سطح دو	الف-۱-۶-۷ * تیم رهبری و مدیریت در روند ارتقای کیفیت خدمات و ایمنی بیمار نقش مؤثر دارند.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ التزام تیم رهبری و مدیریت به اولویت بخشی، پشتیبانی و تامین منابع برنامه‌های ارتقای کیفیت خدمات و ایمنی بیمار ❖ شرکت فعال رئیس/مدیرعامل بیمارستان در بازدهی‌های مدیریتی ایمنی بیمار و کمیته‌های مرتبط با موضوعات ایمنی ❖ تخصیص بودجه مناسب توسط تیم رهبری و مدیریت برای ارتقاء ایمنی بیمار در برنامه‌ریزی عملیاتی ❖ تایید کارکنان و بیماراران مبتنی بر تعهد تیم رهبری و مدیریت بیمارستان به ارتقای مستمر کیفیت خدمات و ایمنی بیمار ❖ دریافت گزارش‌های تحلیلی از روند ارتقای کیفیت خدمات و ایمنی بیمار از مسئول ایمنی بیمار توسط تیم رهبری و مدیریت ❖ دریافت گزارش‌های دوره‌ای از فعالیت‌های مسئول فنی بیمارستان در زمینه ایمنی بیمار و پیگیری اجرای اقدام اصلاحی/پیشگیرانه منتج از گزارش‌های بررسی شده ❖ آگاهی و تسلط تیم رهبری و مدیریت به شاخص‌های کلیدی ❖ وجود شواهد بیان‌کننده تاثیر تصمیمات و اقدامات تیم رهبری و مدیریت در بهبود روند کیفیت خدمات و ایمنی بیمار در سطح بیمارستان
	<p>حضور فعال رئیس/مدیرعامل بیمارستان به ویژه در کمیته‌های مرگ و میر، طب انتقال خون، دارو و درمان و سایر کمیته‌های بیمارستانی که در آن‌ها نغدغه‌های ایمنی بیمار مطرح می‌شود ضروری است. همچنین انتظار می‌رود بودجه مشخص برای هر یک از برنامه‌های عملیاتی مرتبط با ایمنی بیمار در بودجه سالانه بیمارستان منابع لازم تخصیص داده شود. در مواردی که نیاز به اقدام اصلاحی فوری برای رفع تهدیدات ایمنی بیمار یا ارتقاء آن وجود دارد، پشتیبانی، تامین منابع لازم و پیگیری تیم رهبری و مدیریت بیمارستان در این زمینه و ترتیب اثر به هنگام به گزارش‌های مربوطه صورت پذیرد. تیم رهبری و مدیریت پس از دریافت گزارش‌های اثربخشی هر یک از اقدامات، برنامه‌های ارتقای کیفیت خدمات و یا ایمنی بیمار، ضمن اتخاذ تصمیمات اصلاحی برای مواردی که اقدامات برنامه‌ها اثربخشی لازم را نداشته و یا اثربخشی کمتر از حد مورد انتظار باشد، منابع مورد نیاز تامین و حمایت لازم به عمل آید.</p>
سطح سه	الف-۱-۶-۸ * مدیریت پیشگیرانه خطر برای اجتناب از رخداد وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات/ مراقبت سلامت، برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ تدوین خط مشی و روش "مدیریت پیش‌گیرانه خطر" برای اجتناب از رخداد وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات/ مراقبت سلامت" با حداقل‌های مورد انتظار ❖ آگاهی، تعهد و عملکرد کارکنان مرتبط طبق خط مشی و روش مدیریت پیش‌گیرانه خطر
	<p>خط مشی و روش توسط تیم مدیریت و رهبری بیمارستان با مشارکت فعال مسئول فنی ایمنی، کارشناس هماهنگ‌کننده ایمنی و مسئول خطر و مسئول کیفیت و سایر مسئولان تدوین و توسط رئیس/ مدیر عامل بیمارستان به مسئولان مربوط ابلاغ می‌گردد. در همین راستا جلسه مشترک بین مسئول فنی ایمنی، کارشناس هماهنگ‌کننده ایمنی و مدیریت خطر و مسئول بهبود کیفیت و مسئول مربوط (مانند مدیر پرستاری، مسئول تجهیزات پزشکی، مدیر دارویی و ...)، موضوعات پیشنهادی با محوریت مسئول فنی ایمنی پیشنهاد و تصویب، برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود. مسئول بهبود کیفیت و کارشناس هماهنگ‌کننده ایمنی بر روند اجرای خط مشی نظارت دارند. برای ارزیابی پیش‌گیرانه خطر روش‌های $HFMEA / FMEA / Rs$ توصیه می‌شوند. روش ارزیابی احتمال خطر Rs شامل شناسایی احتمال خطرات، تحلیل احتمال خطرات، تعیین مداخلات متناسب برای حذف/کنترل احتمال خطرات است. مسئول بهبود کیفیت و کارشناس هماهنگی ایمنی بیمار بر روند اجرای برنامه نظارت می‌نمایند. لازم به ذکر است پایش مستمر نتایج حاصله بر عهده مسئول مربوط (از جمله مدیر پرستاری، تجهیزات پزشکی، دارویی و سایر) است و مسئول بهبود کیفیت بر روند پایش نیز نظارت می‌نماید.</p>

1 Proactive Risk Management

2 Failure Modes and Effects Analysis

3 Health Failure Modes and Effects Analysis



سطوح سه	الف-۱-۶-۹ * استقرار فرهنگ ایمنی بیمار در سطوح عملکردی بیمارستان مشهود است.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ آگاهی تیم مدیریت و رهبری بیمارستان از اصول فرهنگ ایمنی بیمار ❖ تعهد تیم مدیریت و رهبری بیمارستان به فرهنگ ایمنی بیمار در سطوح عملیاتی مختلف ❖ آگاهی و پایبندی کارکنان به اصول ایمنی بیمار ❖ ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار با روش معتبر در زمان بندی های معین ❖ بررسی نتایج ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار توسط تیم رهبری و مدیریت و طراحی و اجرای اقدامات اصلاحی/پیشگیرانه/ برنامه بهبود در صورت لزوم ❖ ارزیابی اثر بخشی اقدامات اصلاحی/پیشگیرانه/ برنامه بهبود در زمینه فرهنگ ایمنی بیمار ❖ نهادینه سازی فرهنگ ایمنی بیمار به عنوان ارزش سازمانی در سطوح مدیریتی و عملکردی
	<p>فرهنگ ایمنی بیمار در یک سازمان، محصول ارزش ها، نگرش ها، ادراکات، شایستگی ها، و الگوهای رفتاری فردی و گروهی است که تعهد به مدیریت ایمنی و سلامت سازمانی و روش و کارآمدی آن را نشان می دهد. این فرهنگ حاکی از اعتماد دو طرفه است که در آن همه کارکنان می توانند آزادانه در خصوص مشکلات ایمنی و چگونگی حل آن ها صحبت کنند بدون آن که ترس از سرزنش غیرمنصفانه یا تنبیه داشته باشند.</p>
	<p>➤ در صورت استقرار کامل فرهنگ ایمنی بیمار به عنوان ارزش سازمانی در بیمارستان شاهد اتفاقات مثبت ذیل هستیم</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. سازمان از خطاهای گذشته تجربه کسب کرده و می آموزد. ۲. منابع مورد نیاز، ساختار مناسب و مسئولیت پذیری مطلوب جهت حفظ اثر بخشی سیستمها تامین می شود. ۳. پیشگیری از خطاها برنامه ریزی و به نحو موثری انجام می شود. ۴. عوارض ناخواسته خطاها کاهش می یابد. ۵. تمامی کارکنان در قبال ایمنی خودشان، سایر کارکنان، بیماران و ملاقات کنندگان مسئولیت پذیرند. ۶. در نظر کارکنان، ایمنی بالاتر از اهداف اجرایی و مالی سازمان است. ۷. در نظر تیم رهبری و مدیریت، ایمنی بالاتر از اهداف اجرایی و مالی سازمان است. ۸. مدیریت سازمان به شناسایی، ارتباط و حل مشکلات مرتبط به ایمنی تشویق/ پاداش می دهد. ۹. گزارش دهی وقایع ناخواسته تبدیل به هنجار سازمان شده است. ۱۰. ایمنی بیمار در تمام سطوح عملکردی بیمارستان یک ارزش سازمانی نهادینه شده است.
	<p>➤ خصوصیات سازمان هایی با استقرار فرهنگ ایمنی بیمار</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. امنیت روانی: افراد می دانند که دغدغه های آنان مورد استقبال قرار گرفته یا احترام یا ایشان رفتار می شود. ۲. رهبری فعال: رهبران سازمانی، فضایی خلق می کنند که در آن تمامی کارکنان به راحتی دغدغه های خود را بیان می نمایند. ۳. شفافیت: کارکنان برای اظهار و یافتن اشتباهی در قبال دغدغه های ایمنی احساس راحتی می کنند و اعتماد بالایی در زمینه یادگیری از مشکلات برای ارتقاء دارند. ۴. انصاف: افراد برای خطاهای یا منشاء سیستمیک سرزنش یا تنبیه نمی شوند.
	<p>➤ سطوح فرهنگ ایمنی بیمار</p> <ol style="list-style-type: none"> سطوح (۱): فرهنگ سازمانی بیمار^۱ چرا و قوتمان روی ایمنی تلف کنیم! سطوح (۲): فرهنگ سازمانی واکنشی^۲ اگر اتفاقی بیفتد بالاخره یک کاری می کنیم! سطوح (۳): فرهنگ سازمانی مبتنی بر سیستمها و ضوابط اداری^۳ سیستمهایی برای مدیریت ایمنی مستقر داریم. سطوح (۴): فرهنگ سازمانی پیشگیرانه^۴ همیشه نسبت به ریسکها هوشیاریم. سطوح (۵): فرهنگ سازمانی مولد مدیریت خطر جزء اصلی تمامی فعالیت های سازمانی است. <p>بر اساس تحلیل وضعیت موجود، بیمارستان در یکی از سطوح پنج گانه فوق الذکر قرار می گیرد.</p>

- 1 Speakup
- 2 Pathological
- 3 Reactive
- 4 Bureaucratic
- 5 Proactive
- 6 Generative



	<p>➤ نقش رهبری و مدیریت نسبت به ارتقاء ایمنی بیمارستان</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. التزام به اولویت بخشی، پشتیبانی و تامین منابع برنامه‌های ایمنی بیمار ۲. نگارش سیستمیک در قبال بروز وقایع ناخواسته ۳. اجتناب از اتخاذ رویکرد فردی و سرزنش نابجا و جلب مشارکت کارکنان در موضوعات ایمنی بیمار ۴. اقدامات اصلاحی و برنامه‌های بهبود کیفیت برای ارتقاء ایمنی بیمارستان در مستندات مانند برنامه استراتژیک، برنامه‌های عملیاتی ۵. تأیید کارکنان و بیمارستان می‌تواند مبنی بر تعهد تیم رهبری و مدیریت بیمارستان به مدیریت ایمنی بیمار <p>➤ نقش کارکنان نسبت به ارتقاء ایمنی بیمارستان</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. آگاهی کارکنان از مبنای و فرهنگ ایمنی بیمار ۲. آگاهی کارکنان از نقش و مسئولیت خود در بیمارستان در ارائه خدمات ایمن. ۳. اولویت بخشی به ایمنی بیمار در پیوست ارائه خدمات توسط کارکنان ۴. آگاهی کارکنان از روش‌های اجرایی استاندارد ایمنی بیمار و متعهد به عمل بر اساس آن ۵. عدم وجود فضای سرزنش بین کارکنان به خاطر درخواست کمک، پرسش و یا بروز خطای انسانی <p>➤ استفاده از مدل‌های رایج ایجاد فرهنگ ایمن مانند "هفت گام به سوی ایمنی بیمار"</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. ترویج ایجاد فرهنگ سازمانی عادلانه، ایمن و عاری از خطا. ۲. تعیین و تدوین اهداف معین و شفاف در ارتباط با موضوع ایمنی بیمار در بیمارستان و تأکید بر روی اجرای آن‌ها ۳. ایجاد سیستم‌ها و فرآیندهای مناسب برای شناسایی و ارزیابی مخاطرات در بیمارستان ۴. ارتقا سیستم گزارش دهی وقایع ناخواسته و اطمینان به کارکنان از سهولت و آسانی گزارش دهی وقایع و اتفاقات ناخواسته در سطح بیمارستان ۵. ایجاد و ترویج روش‌های برقراری ارتباط باز و آزادانه با عموم مردم و جامعه و توجه به صحبت‌های بیمارستان ۶. تشویق کارکنان به کسب تجربه در خصوص نحوه و چگونگی و علت وقوع اتفاقات ناخواسته با بکارگیری آنالیز علتهای ۷. نهادینه نمودن تجارب کسب شده در فرآیند گزارش دهی وقایع و اتفاقات ناخواسته با ایجاد تغییر در نحوه ارائه خدمات فرآیندها و سیستم‌ها <p>هر شش ماه یکبار بیمارستان می‌تواند ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار را با استفاده از پرسشنامه معتبر و بومی برنامه‌ریزی و انجام دهد. و پس از بررسی نتایج ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار در صورت نیاز برنامه بهبود اقدامات اصلاحی / پیشگیرانه برنامه‌ریزی و انجام شود.</p>
سطح سه	<p>الف-۱-۶-۱۰* اولویت بخشی به ارتقاء کیفیت خدمات در سطوح عملکردی بیمارستان مشهود است.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ اولویت بخشی به ارتقاء مستمر کیفیت خدمات در تصمیمات و اقدامات تیم رهبری و مدیریت، کمیته‌های بیمارستانی و مدیریت بخش‌ها / واحدها ❖ آگاه بودن کارکنان نسبت به مفاهیم و مصداق‌های ارتقای کیفیت خدمات در واحد خود ❖ نهادینه شدن باورهای کیفی در بین مدیران و کارکنان بیمارستان در تمام سطوح عملکردی به عنوان یک ارزش سازمانی ❖ نمود تیم مدیریت و رهبری بیمارستان به ارتقای فرهنگ ایمنی بیمار در سطوح عملیاتی مختلف ❖ آگاهی و باطنی کارکنان به اصول ایمنی بیمار در سطوح عملیاتی مختلف
	<p>اولویت بخشی به ارتقاء کیفیت خدمات در سطوح عملکردی یعنی در نظر تیم رهبری و مدیریت، ارتقاء کیفیت مهمترین هدف اجرایی سازمان است. در چنین سازمانی انتظار می‌رود در نظر کارکنان، ارتقاء کیفیت مهمترین هدف اجرایی سازمان باشد. صیانت از کیفیت خدمات و ارتقای مستمر آن به عنوان ارزش سازمانی پایدار در بیمارستان نهادینه شده و اقدامات و رفتارهای موردی مفایر کیفیت به عنوان هدف ارزش تلقی شده و موجب واکنش محیطی می‌شود. از طرفی ارتقای کیفیت بدون لحاظ مدیریت ایمنی بیمارستان و استقرار فرهنگ ایمنی موضوع الف-۶-۱-۹ مفهومی ندارد و این دو ارزش سازمانی همزمان و متقارن با یکدیگر در بیمارستان بسط و توسعه می‌یابند.</p> <p>صورتجلسات متنوع بیمارستان در تمام سطوح مدیریتی قابلیت ردیابی تصمیمات همسو با ارتقاء کیفیت را دارد و اقدامات تأیید کننده اولویت بخشی به ارتقاء کیفیت در فرآیندهای جاری، برنامه‌ها، نحوه تخصیص بودجه و نتایج عملکردی در تمام سطوح اجرایی و خدماتی بیمارستان قابل احصاء است. ثبت ایده‌های ارائه شده توسط کارکنان برای ارتقای کیفیت خدمات و بررسی و در صورت امکان اجرایی نمودن ایده‌های واسله و اخذ گزارش دوره‌ای دفتر بهبود کیفیت از نهادینه شدن مفاهیم کیفیت و ارتقای کیفیت در واحدهای مختلف بیمارستان توصیه می‌شود.</p>



سطح	الف-۱-۷ تیم رهبری و مدیریت برای توسعه اخلاق حرفه‌ای و ترویج فرهنگ بیمار محوری برنامه‌ریزی و اقدام می‌نماید.
سطح یک	الف-۱-۷-۱ تصمیمات و اقدامات تیم رهبری و مدیریت نشان دهنده ترویج فرهنگ بیمار محوری در بیمارستان است.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ در نظر گرفتن محوریت بیمار در برنامه‌ریزی‌ها و اقدامات مرتبط در حال انجام در بیمارستان ❖ برنامه‌ریزی؛ اجرای آموزش‌های مرتبط با فرهنگ بیمار محوری در بیمارستان با هدایت تیم رهبری و مدیریت ❖ طرح‌ریزی و اجرای برنامه‌های تشویقی در راستای نهادینه کردن فرهنگ بیمار محوری ❖ دریافت گزارش‌های فصلی از ارزیابی ارائه خدمات به بیماران و انجام اقدامات مداخله‌ای در زمینه مغایرت‌ها و در صورت لزوم انجام اقدامات اصلاحی مؤثر ❖ استقرار فرهنگ بیمار محوری در تمامی سطوح مدیریتی و عملکردی بیمارستان
	<p>جایگاه بیماران در بسترهای تصمیم‌گیری و اجرایی در تمامی سطوح مدیریتی و عملکردی بیمارستان نشان دهنده استقرار فرهنگ بیمار محوری است. در همین راستا صورتجلسات متنوع بیمارستان در تمام سطوح مدیریتی و اقدامات همسو با توسعه اخلاق حرفه‌ای و ترویج فرهنگ بیمار محوری در فرایندهای جاری، برنامه‌ها، نحوه تخصیص بودجه و نتایج عملکردی در تمام سطوح اجرایی و خدماتی بیمارستان قابل احصاء است. همچنین ارزیابی مستمری بیمار به خدمات، استمرار خدمات به بیمار، آموزش به بیمار و همراهان به وسیله شاخص رضایت سنجی بیمار قابل سنجش است. یکی از نشانه‌های بیمار محوری در بیمارستان تمایل و اشتیاق مدیران مسئولان آکارکنان برای پاسخگویی، راهنمایی و کمک به بیماران به عنوان یک فرهنگ سازمانی پابدار است.</p> <p>توصیه می‌شود کمیته اخلاق بالینی با هدایت تیم رهبری و مدیریت، پیاده‌سازی و ارزیابی این استاندارد را برنامه‌ریزی نمایند. یکی از ابزارهایی که می‌تواند برای کسب اطلاعات از رضایت اصل بیمار محوری در بیمارستان مفید باشد، پرسشنامه‌های رضایت سنجی از بیماران و همراهان است که به همین منظور طراحی شده باشد و یا در پرسشنامه فعلی بیمارستان با سوالات متناسبی مورد ارزیابی قرار گیرد.</p>
سطح یک	الف-۱-۷-۲ تصمیمات و اقدامات تیم رهبری و مدیریت نشان دهنده ترویج اخلاق بالینی و رفتار حرفه‌ای در بیمارستان است.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ برنامه‌ریزی؛ اجرای آموزش‌های مرتبط با ترویج اخلاق بالینی و رفتار حرفه‌ای در بیمارستان با هدایت تیم رهبری و مدیریت ❖ طرح‌ریزی و اجرای برنامه‌های تشویقی برای آگاهی، اجرا و ارزیابی اخلاق بالینی و رفتار حرفه‌ای توسط پرسنل مرتبط ❖ مشارکت فعال و برنامه‌ریزی توسط کمیته اخلاق بالینی برای ارتقای اخلاق بالینی و رفتار حرفه‌ای ❖ دریافت گزارش‌های فصلی از اقدامات انجام شده، تحلیل و ابلاغ اقدامات اصلاحی‌آیندگیزانه و پیگیری اجرای آنها ❖ نهادینه شدن اخلاق بالینی و رفتار حرفه‌ای در تمامی سطوح مدیریتی و عملکردی کارکنان بیمارستان
	<p>رفتار حرفه‌ای و رعایت اخلاق بالینی در سطوح رهبری و مدیریت، گام اول در ترویج اخلاق بالینی و رفتار حرفه‌ای در بیمارستان است که با حساسیت بالایی بایستی به آن دقت شود. انگو سازی و معرفی اسوه‌ها و الگوهای اخلاق بالینی و رفتار حرفه‌ای به صورت دوره‌ای ترویج اخلاق بالینی و رفتار حرفه‌ای کمک کننده است. صورتجلسات متنوع بیمارستان در تمام سطوح مدیریتی و اقدامات همسو با اخلاق بالینی و رفتار حرفه‌ای در فرایندهای جاری، برنامه‌ها، نحوه تخصیص بودجه و نتایج عملکردی در تمام سطوح اجرایی و خدماتی بیمارستان قابل احصاء است. همچنین ارزیابی دیدگاه بیماران در خصوص نحوه ارائه خدمات و کیفیت ارتباط با بیماران، آموزش به بیمار و همراهان به وسیله شاخص رضایت سنجی بیمار قابل سنجش است. همچنین بستر سازی اخلاق بالینی و رفتار حرفه‌ای می‌تواند با تدوین الزامات، دستورالعمل‌ها، سیاستگذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌ها در بیمارستان و نظارت بر اجرای آن محقق می‌گردد. توصیه می‌شود کمیته اخلاق بالینی با هدایت تیم رهبری و مدیریت، پیاده‌سازی و ارزیابی این استاندارد را برنامه‌ریزی نمایند.</p>

سطح دو	<p>الف-۱-۷-۳ نظارت مستمر و مؤثر بر رعایت حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اصول اخلاقی حرفه ای برنامه ریزی و انجام می شود.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ تعیین روشی برای تشریح نحوه نظارت بر رعایت حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اصول اخلاقی حرفه ای، تصویب و ابلاغ و اجرای آن ❖ نظارت شیوه مند، مستمر و مؤثر بر رعایت حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اصول اخلاقی حرفه ای ❖ تدوین و اندازه گیری شاخص های مرتبط با رعایت حقوق گیرنده خدمت و اخلاق حرفه ای با هدایت تیم رهبری و مدیریت و نظارت کمیته اخلاق بالینی ❖ تحلیل نتایج اندازه گیری شاخص ها و اصلاح موارد عدم انطباق مرتبط با حقوق گیرنده خدمت و اخلاق حرفه ای در کمیته اخلاق بالینی ❖ انجام اقدامات اصلاحی برنامه پیوسته بر اساس نتایج بررسی روتین رعایت حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اصول اخلاقی حرفه ای
	<p>لازم است تیم رهبری و مدیریت بازبینی های سرزده ای در تمام ساعات شبانه روز برای ارزیابی عملکرد کارکنان در خصوص رعایت حقوق گیرندگان خدمت انجام دهد. همچنین برنامه ریزی طراحی سناریوهای نمونه ای به منظور شناسایی نقص های فرایندی و یا موردی در راستای احیای حقوق گیرندگان خدمت انجام شود.</p> <p>➤ انواع شیوه ها و منابع نظارت</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. نظارت میدانی تیم رهبری و مدیریت ۲. اخذ گزارش های محیطی از صندوق های ارتباط مردمی ۳. برنامه های ملاقات حضوری تیم رهبری و مدیریت و اخذ گزارش از گیرندگان خدمت ۴. پیشنهادات و شکایات واصله مرتبط با حقوق گیرندگان خدمت و رعایت اخلاق حرفه ای <p>توصیه می شود کمیته اخلاق بالینی با هدایت تیم رهبری و مدیریت، پیاده سازی و ارزیابی این استاندارد را برنامه ریزی نماید.</p>
سطح سه	<p>الف-۱-۷-۴ هرگونه تعارض منافع یا منشور حقوق بیمار در سطح بیمارستان شناسایی و با رویکرد بیمار محوری مدیریت می شود.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ شناسایی مواردی از مصادیق تعارض منافع ایجاد شده در سطح بیمارستان با منشور حقوق بیمار ❖ اطلاع رسانی این مصادیق به تمامی پرسنل بیمارستان ❖ ارائه و اجرای پیشنهادات پیشگیرانه برای جلوگیری از وقوع مصادیق تعارض منافع با رویکرد بیمار محوری با هدایت تیم رهبری و مدیریت ❖ طراحی و اجرای سیستم مدیریتی برای ثبت موارد گزارش شده در خصوص تعارض منافع ❖ انجام اقدامات اصلاحی در صورت وقوع مصادیق تعارض منافع با رویکرد بیمار محوری
	<p>بروز مصادیقی از نقض حقوق بیمار به دلیل تعارض منافع شخصی، صنفی، گروهی و یا اقدامات سازماندهی شده برای تسهیل حقوق بیماران مانند اخذ وجوه غیر قانونی از بیماران، استفاده از اطلاعات و نقض محرمانگی/حریم بیماران، خدمات القایی، هرگونه تبانی و معامله در زمینه دارو و تجهیزات و هدایت بیماران به سوی سایر بیمارستانها با هدف تملین منافع شخصی/گروهی و سایر موارد نقض کننده منشور حقوق بیماران بایستی با رویکرد بیمار محوری قاطعانه مدیریت شود. در غیر این صورت از مصادیق نقض حقوق بیماران و قوانین بالادستی وزارت متبوع تلقی خواهد شد. مصادیق تعارض منافع ایجاد شده در سطح بیمارستان بایستی بر اساس منشور حقوق بیماران در هر بیمارستان و متناسب با شرایط بومی، نوع خدمات و تداخل و تضاد منافع ارائه دهنده خدمت، شناسایی و به صورت پیشگیرانه به نفع بیماران کنترل شود. تعارض منافع احتمالی و قابل پیش بینی در سطح بیمارستان بایستی ضمن اطلاع رسانی و حساس سازی کارکنان مرتبط به دقت و به نفع بیماران پیشگیری شود. توصیه می شود کمیته اخلاق بالینی با هدایت تیم رهبری و مدیریت، پیاده سازی و ارزیابی این استاندارد را برنامه ریزی نماید.</p>
سطح سه	<p>الف-۱-۷-۵ اولویت بخشی به حقوق بیمار در تمام سطوح عملکردی بیمارستان مشهود است.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ وجود شواهدی مبنی بر مراقبت مستمر تیم مدیریت و رهبری از منشور حقوق بیماران ❖ بایش برنامه های تدوین شده یا در حال اجرای مرتبط با رعایت حقوق بیمار ❖ اصلاح موارد عدم انطباق موجود در برنامه های تدوین شده یا در حال اجرای مرتبط با حقوق بیمار ❖ ارائه گزارش از عدم انطباق های بدست آمده و اقدامات اصلاحی مربوط در جلسه با مسئولان تمام واحدها ❖ نهادینه شدن احترام به حقوق بیماران در تمام سطوح عملکردی بیمارستان
	<p>در بیمارستان بیمار محور هر برنامه، تصمیم، اقدام و رفتار سازمانی از اولویت های بیمار آغاز می شود. در این میان احترام به حقوق گیرندگان خدمت گام اول بیمار محوری است و حمایت از گیرندگان خدمت اقدامی فعال در جهت اهداف مشتری مداری و بیمار محوری در بیمارستان است. استقرار استاندارد الف-۱-۷-۴ پیش نیاز و یکی از مصادیق مهم این استاندارد است. بایستی جلسات مربوط به ارائه گزارش در خصوص عدم انطباق های حقوق بیمار برگزار شود و کمیته اخلاق بالینی با هدایت تیم رهبری و مدیریت، پیاده سازی این استاندارد را برنامه ریزی نماید. جایگاه بیماران در بستر برنامه ریزی، تصمیم سازی و تصمیم گیری و ارائه خدمات بنبان گذشته میزان ارزش بیمار در بیمارستان و ارزش گذاری به حقوق بیمار و بیمار محوری است. تدوین منشور حقوق بیمار با بندهای مفصل و جاب و نصب آن نقطه آغاز احترام به حقوق گیرندگان خدمت است و نهادینه بودن این ارزش ها در سازمان مد نظر این استاندارد است.</p>



سطح سه	الف-۱-۷-۶ رعایت اصول رفتار حرفه‌ای و اخلاق بالینی در تمام سطوح عملکردی بیمارستان مشهود است.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ تهیه روش مدون برای تشریح نحوه رعایت اصول حرفه‌ای و اخلاق بالینی در بیمارستان ❖ اطمینان از یابیندگی کارکنان بر اصول حرفه‌ای در مشاغل بالینی ❖ پایش اجرای موارد مرتبط با رعایت اصول حرفه‌ای و اخلاق بالینی در بیمارستان ❖ ارائه گزارش از عدم انطباق‌های بدست آمده از پایش به تیم رهبری و مدیریت ❖ انجام اقدام اصلاحی/پیشگیرانه در موارد عدم انطباق ❖ نهادینه شدن رعایت اصول رفتار حرفه‌ای و اخلاق بالینی در تمام سطوح عملکردی بیمارستان
	<p>روش مدون برای تشریح نحوه رعایت اصول حرفه‌ای و اخلاق بالینی در بیمارستان بایستی در سه حیطه اخلاق حرفه‌ای تیم پزشکی در ارتباط با بیمار، ارتباط با همکاران، و ارتباط با جامعه تدوین، اجرا و پایش شود. شناسایی مبانی اخلاق حرفه‌ای در تمامی گروه‌های شغلی و برنامه‌ریزی جهت ارتقای آن در همه سطوح سازمان گام اول در مسیر تحقق این استاندارد است. تمامی مشاغل در ارتباط مستقیم با بیماران و مراجعین در گروه‌های پزشکی و غیر پزشکی در اولویت برنامه‌ریزی و اقدام قرار گیرند.</p> <p>➤ موارد مرتبط با حیطه اخلاق حرفه‌ای تیم پزشکی در ارتباط با بیمار عبارت است از:</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری‌های مرتبط با درمان بیمار و اخذ رضایت آگاهانه از بیمار ۲. رعایت احترام به بیمار و همراهی وی و رعایت احترام به عقاید بیمار، رعایت حریم خصوصی ۳. اجرای دستورالعمل بیمارستان در معاینه بیماران غیرهم‌جنس ۴. ارائه آموزش کالی بیمار ۵. رعایت حقوق بیمار در پژوهش ۶. عدم بهره‌جویی پزشکان در رابطه با بیمار ۷. برخورد حرفه‌ای با بیمار و همراهان متعارض ۸. عدم تحمیل هزینه بی‌مورد و عدم تبعیض در ارائه مراقبت به بیمار ۹. اجرای کوریکولوم‌های پزشکی در خصوص سطح و نوع ارائه خدمت توسط پزشک ۱۰. بازخورد به سیستم در جهت ارتقای کیفیت خدمات ۱۱. اولویت بخشی به منافع سلامت بیمار ۱۲. صداقت تیم پزشکی با بیمار و ارائه اطلاعات مناسب به بیمار و بروز مسائل اخلاقی و قانونی <p>➤ موارد مرتبط با حیطه اخلاق حرفه‌ای تیم پزشکی در ارتباط با همکاران عبارت است از:</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. میزان پاسخگویی پزشکان به یکدیگر و به تیم رهبری و مدیریت بیمارستان ۲. برخورد مناسب در زمان بروز اختلاف و یا بی‌احترامی تیم پزشکی ۳. حضور به موقع و در دسترس بودن پزشکان آنکال و پاسخگویی به فراخوان‌ها ۴. زمان بندی مناسب و عدم اتلاف وقت تیم پزشکی ۵. انتقال نوع دوستانه دانش و تجربه به سایر همکاران ۶. عدم بهره‌کشی مازک بر روال‌های موجود از دیگر همکاران (فراگیران، پرستاران، همکاران جوان) ۷. برخورد مناسب در مواجهه تیم پزشکی با سوء رفتار جزئی و جدی همکار و مواجهه با ناتوانی و بیماری همکار ۸. درخواست کمک از همکاران در ارائه بهتر خدمت به بیمار. <p>➤ موارد مرتبط با حیطه اخلاق حرفه‌ای تیم پزشکی در ارتباط با جامعه عبارت است از:</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. همکاری نوع دوستانه در بروز سوامح و حوادث جمعی ۲. بهبود در دسترسی به خدمات ۳. ارائه صادقانه گزارش‌ها و گواهی‌های پزشکی ۴. رعایت شأن حرفه پزشکی در شبکه‌های اجتماعی ۵. برخورد مناسب با بیماران دچار انگ اجتماعی^۱ <p>کمیته اخلاق بالینی با هدایت تیم رهبری و مدیریت، پیاده‌سازی این استاندارد را برنامه‌ریزی نمایند.</p>

^۱ Social Stigma - برخی بیماران که به واسطه داشتن بیماری خاصی مانند ایدز، زخم‌های طولانی، فلج، مردم هستند



سطح	الف-۱-۸ بیمارستان در خصوص فعالیت و استفاده بهینه از ظرفیت‌های بستری عادی، ویژه و سرپایی اطمینان حاصل می‌نماید.
سطح یک	الف-۱-۸-۱ استفاده بهینه از ظرفیت تخت‌های بستری عادی، با رعایت اصول کیفیت و ایمنی بیمار برنامه‌ریزی و بر اساس آن عمل می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ تعیین دامنه بهینگی استفاده بهینه از ظرفیت تخت‌های بستری عادی، با رعایت اصول کیفیت و ایمنی ❖ تعریف شاخص‌های مورد نظر برای بهینگی توسط تیم رهبری و مدیریت ❖ شناسایی منابع گردآوری داده‌های لازم برای محاسبه بهینگی استفاده از تخت‌های بستری عادی ❖ تعریف ساز و کار نحوه ثبت و انتقال و محاسبه بهینگی و حد مورد انتظار/مطلوب برای شاخص‌های تعریف شده توسط تیم رهبری و مدیریت ❖ اندازه‌گیری بهینگی از طریق پایش نحوه گردش تخت بستری عادی ❖ تفسیر و تحلیل نتایج و روندها تحت هدایت تیم رهبری و مدیریت ❖ شناسایی و پیش بینی شرایط خاصی که ممکن است روی بهینگی تاثیر بگذارد ❖ طرح ریزی اقدامات برنامه‌های بهبود تحت هدایت تیم رهبری و مدیریت و اجرای اقدامات برنامه‌های بهبود با مدیریت مدیر تخت^۱ ❖ سنجش و تحلیل و کنترل عوامل مخدوش کننده بهینگی تحت هدایت تیم رهبری و مدیریت ❖ فعالیت بیمارستان و ارائه خدمت به بیمار از بستری عادی با حداکثر ظرفیت تخت‌های مصوب
	<p>بهینگی یا بهینه بودن نیازمند یک مرجع است، مهم‌ترین مرجع برای بهینگی، کارایی یا نسبت درآمد به هزینه یا سود (به ازای بخش‌ها یا حتی به ازای پزشکان) است. در بیمارستان می‌توان ضریب اشغال تخت را (هرچند کفایت نمی‌کند) هم مرجع گرفته. بنابراین اولین اقدام تعریف این است که بهینه بودن نسبت به کدام مرجع در نظر گرفته شده است. مشخصات شاخص/شاخص‌های بهینگی تهیه شود، یعنی دامنه بهینگی تعیین گردد (بطور مثال اگر نسبت درآمد به هزینه باشد دامنه بهینگی بین ۱/۰۵ تا ۱/۱۵ و یا اگر ضریب اشغال تخت مورد نظر است دامنه بهینگی بین ۸۰ تا ۹۰ درصد است) و انگیزی تفسیر دامنه به دست آمده تعیین شود. سپس منابع گردآوری داده‌های لازم برای محاسبه بهینگی را شناسایی کرده و مکتبیم (ساز و کار) ثبت و انتقال و محاسبه تعریف شده و داده‌های مربوط به آن مرجع گردآوری گردد. سپس در دوره‌های مشخص شده اندازه‌گیری شده و تفسیر شود. عوامل و شرایط خاصی که ممکن است روی بهینگی تاثیر بگذارد، باید بصورت جداگانه شناسایی و پیش بینی و برنامه‌ریزی شود و تاثیر عوامل مخدوش کننده بهینگی بصورت جداگانه سنجش و تحلیل گردد. مدیر تخت طبق دستورالعمل ابلاغ شده وزارت بهداشت، فعالیت نموده و در بیمارستان‌هایی که مدیر تخت، سوپروایزر نباشد اقدامات با همکاری دفتر پرستاری و واحدهای مرتبط انجام می‌شود. در جلسات کمیته‌های مرتبط راهکارهای استفاده بهینه از تخت‌های بستری عادی بررسی و برنامه‌ریزی‌های لازم صورت پذیرد. تعیین دامنه و شاخص‌های بهینگی و همچنین تحلیل نتایج مربوط به اندازه‌گیری این شاخص‌ها می‌تواند در کمیته اقتصاد درمان بیمارستان با هدایت تیم رهبری و مدیریت بررسی شود. استفاده از ظرفیت‌های خالی تخت‌های بستری در جذب گردشگران سلامت توصیه می‌شود.</p>
سطح یک	الف-۱-۸-۲ استفاده بهینه از ظرفیت تخت‌های بستری در بخش‌های ویژه، با رعایت اصول کیفیت و ایمنی بیمار برنامه‌ریزی و بر اساس آن عمل می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ تعیین دامنه بهینگی استفاده بهینه از ظرفیت تخت‌های بستری در بخش‌های ویژه، با رعایت اصول کیفیت و ایمنی ❖ تعریف شاخص‌های مورد نظر برای بهینگی توسط تیم رهبری و مدیریت ❖ شناسایی منابع گردآوری داده‌های لازم برای محاسبه بهینگی استفاده از تخت‌های ویژه ❖ تعریف ساز و کار نحوه ثبت و انتقال و محاسبه بهینگی و حد مورد انتظار/مطلوب برای شاخص‌های تعریف شده توسط تیم رهبری و مدیریت ❖ اندازه‌گیری بهینگی از طریق پایش نحوه گردش تخت‌های بستری ویژه ❖ تفسیر و تحلیل نتایج و روندها تحت هدایت تیم رهبری و مدیریت ❖ شناسایی و پیش بینی شرایط تاثیر گذار بر بهینگی ❖ طرح ریزی اقدامات برنامه‌های بهبود تحت هدایت تیم رهبری و مدیریت و اجرای اقدامات برنامه‌های بهبود ❖ سنجش و تحلیل و کنترل عوامل مخدوش کننده بهینگی تحت هدایت تیم رهبری و مدیریت ❖ رعایت اندیکاسیون‌های تعیین شده توسط بیمارستان برای پذیرش بیماران از نظر اورژانسی و برخطر بودن در بخش‌های ویژه ❖ فعالیت بیمارستان و ارائه خدمت به بیماران با حداکثر ظرفیت تخت‌های ویژه مصوب ❖ تعامل و مشارکت برای جذب بیماران خارج از بیمارستان نیازمند به بستری در بخش‌های ویژه از طریق ستاد هدایت دانشگاه ❖ وجود روش معینی برای بررسی علت و تعیین تکلیف بیماران با بستری طولانی مدت یا خارج از اندیکاسیون‌های پذیرش در بخش‌های ویژه
	<p>منظور از تخت‌های ویژه در این سنجش، تخت‌هایی است که هر ساله تعرفه آن توسط هیات محترم وزیران تعیین و ابلاغ می‌شود. در سال ۱۳۹۸ این تخت‌ها شامل CCU, PICU, NICU ها و ICUها اعلام شده است.</p>

¹ Bed Manager



سطح یک	الف-۱-۸-۳ فضاهای درمانی مورد نیاز با توجه به ضوابط مربوط و رعایت اصول کیفیت و ایمنی بیمار نامین شده است.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ بررسی وضعیت موجود فضاهای درمانی با در نظر گرفتن ضوابط وزارت بهداشت و سازمان‌های بالادست ❖ مطرح کردن موارد عدم انطباق و اولویت بندی برای اصلاح در جلسات تیم رهبری و مدیریت با حضور مسئول ایمنی بیمارستان ❖ آگاهی تیم رهبری و مدیریت از عدم انطباق‌های فضاهای درمانی و اولویت‌های اصلاح ❖ تعیین و انجام اقدامات اصلاحی برای موارد اولویت دار ❖ تهیه گزارش تحلیلی از اقدامات انجام گرفته ❖ رعایت استانداردهای کتاب بیمارستان ایمن در طراحی و راه اندازی بخش‌ها واحدهای جدید بیمارستان ❖ مدیریت نگهداشت فضاهای درمانی مطابق برنامه زمانبندی شده و نظارت بر حسن اجرای آن توسط تیم رهبری و مدیریت <p>منظور از فضاهای درمانی، فضاهایی است که برای ارائه خدمات تشخیصی و درمانی در بیمارستان‌ها استفاده می‌شود و فضاهای اداری در این دسته بندی قرار نمی‌گیرد. برای مدیریت بهتر فضاهای درمانی، لازم است اقدامات درمانی و تشخیصی مورد استفاده در بیمارستان تعیین و فرآیند آن خدمت با رعایت ضوابط مربوط و رعایت اصول کیفیت و ایمنی بیمار بصورت شفاف برای همه افراد درگیر در ارائه آن خدمت تفهیم شود. از روش‌های گرافیکی و متنی برای رسیدن به مفاهیم می‌توان استفاده کرد. سپس نقش‌ها، وظایف، الگوی اندازه‌گیری و ارزیابی عملکرد فرآیند با توجه به ویژگی‌های فضای تشخیصی درمانی موجود مورد توافق قرار گیرد و در صورت لزوم ویژگی‌های فضای درمانی منطبق با فرآیند بازاریابی می‌شود. اتاق‌های درمان، اتاق‌های تمیز و کثیف و سایر فضاهای درمانی مدنظر این استاندارد است.</p> <p>توصیه می‌شود همه کسانی که به نحوی در مدیریت یا نگهداشت و یا کاربری از فضاهای تشخیصی و درمانی موجود در بیمارستان درگیر هستند، از استانداردهای فیزیکی، تاسیساتی و تجهیزات ابلاغی وزارت بهداشت در مورد فضاهای درمانی موجود در بیمارستان اطلاع کافی داشته باشند و برای انطباق هرچه بیشتر این فضاها با ضوابط و استانداردهای ابلاغی برنامه‌ریزی و اقدام نمایند.</p>
سطح دو	الف-۱-۸-۴ استفاده بهینه از ظرفیت‌های اتاق عمل، با رعایت اصول کیفیت و ایمنی بیمار برنامه‌ریزی و بر اساس آن عمل می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ تعیین دامنه بهیمنی و شاخص‌های مورد نظر برای بهیمنی اتاق عمل توسط تیم رهبری و مدیریت ❖ شناسایی منابع گردآوری داده‌های لازم برای محاسبه بهیمنی استفاده از تخت‌های اتاق عمل ❖ تعریف سنز و کار ثبت و انتقال و محاسبه بهیمنی و حد مورد انتظار مطلوب برای شاخص‌شاخص‌های تعریف شده توسط تیم رهبری و مدیریت ❖ اندازه‌گیری بهیمنی، تفسیر و تحلیل نتایج و روندها تحت هدایت تیم رهبری و مدیریت (مثلاً پایش گردش تخت اتاق‌های عمل) ❖ شناسایی و پیش بینی شرایط خاصی که ممکن است روی بهیمنی تاثیر بگذارد توسط تیم رهبری و مدیریت ❖ طرح‌ریزی اقدامات برنامه‌های بهبود تحت هدایت تیم رهبری و مدیریت با رعایت اصول کیفیت و ایمنی مطابق با کتاب بیمارستان ایمن ❖ اجرای اقدامات برنامه‌های بهبود با مدیریت مدیر تخت با رعایت اصول کیفیت و ایمنی مطابق با کتاب بیمارستان ایمن ❖ سنجش و تحلیل عوامل مخدوش کننده بهیمنی تحت هدایت تیم رهبری و مدیریت ❖ بررسی لیست اعمال جراحی روزانه بر اساس تعداد اتاق‌های عمل بیمارستان با احراز خالی بودن یک اتاق برای موارد اورژانسی ❖ تعیین حداقل‌های لازم برای انجام اعمال جراحی اهم از نیروی انسانی، تجهیزات، زمان، مشاوره‌ها و سایر منابع (از جمله رزرو خون، رزرو تخت ویژه، پروتز و ...) ❖ تنظیم و اجرای برنامه زمانبندی اتاق عمل بر اساس حداقل‌های تعیین شده
	<p>در استفاده بهینه از اتاق عمل، مرجع عبارتست از محاسبه نسبت مدت زمان استفاده از اتاق عمل به «معادل تمام وقت» در هر یک از اتاق عمل‌ها. لذا ابتدا باید ظرفیت قابل استفاده اتاق عمل معادل تمام وقت با در نظر گرفتن ظرفیت ذخیره فوریتهای اورژانسی و نیز اقدامات کیفیت و ایمنی بیمار محاسبه گردد. سپس هر عاملی که موجب کاهش این ظرفیت می‌شود شناخته شده و برای برطرف کردن یا به حداقل رساندن ریسک‌ها و آثار آنها برنامه‌ریزی شود (مانند تخصیص زمان اتاق عمل برای پزشکان خاص یا تخصص خاص، ظرفیت ریکاوری، آمادگی ست‌ها و CSSD، نیروی انسانی، تاسیسات و ...). ضروری است برنامه‌ریزی برای تخصیص اتاق عمل برای انجام اعمال جراحی با توجه به عوامل متعدد مانند مدت زمان جراحی، مدت زمان آماده سازی مجدد اتاق عمل، و ... به نحوی باشد که شاخص بهیمنی را به حداکثر مقدار قابل حصول نزدیکتر کند. کنسلی اعمال جراحی و مدت زمان انتظار بیماران برای جراحی از شاخص‌های مهم در نشان دادن اجرای مناسب برنامه زمانبندی اتاق عمل است. تعیین دامنه و شاخص‌های بهیمنی و همچنین تحلیل نتایج مربوط به اندازه‌گیری این شاخص‌ها، می‌تواند در کمیته اقتصاد درمان بیمارستان با هدایت تیم رهبری و مدیریت بررسی شود.</p>

¹ Full time equivalent (FTE)



سطح دو	الف-۱-۸-۵ ارائه خدمات در بازه زمانی مورد انتظار، از طریق پیگیری امور بیماران و بر اساس نوع خدمات بستری مدیریت می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ تعیین و اندازه‌گیری شاخص‌های مناسب برای محاسبه زمان مورد انتظار بیماران در ارائه خدمات مختلف ❖ تفسیر و تحلیل نتایج و روند اندازه‌گیری‌ها و ارائه اقدامات اصلاحی ❖ نظارت بر نحوه ارائه خدمات مورد نیاز شبانه روزی بیماران ❖ نظارت بر اجرای دستورالعمل ابلاغی آنکالی و بخشنامه ابلاغی مقیمی در خصوص بازه زمانی تعریف شده ❖ پیگیری امور بیماران و رفع موانع و عدم انطباق‌های فرآیندی به صورت پیش‌گیرانه به منظور تسهیل و تسریع خدمات پزشکی بیماران
	<p>از شاخص‌های مهم در اندازه‌گیری زمان ارائه خدمات می‌توان به مواردی چون زمان اولین ارزیابی بیماران توسط پزشکان و پرستاران و همچنین زمان تریاز بر اساس سطوح مختلف تریاز، فاصله زمانی تریاز تا ویزیت بیماران توسط پزشک و ... اشاره کرد که ضروری است با در نظر گرفتن شرایط بیمارستان و خدمات ارائه شده، از شاخص‌های تکمیلی مناسب برای اندازه‌گیری زمان ارائه خدمات استفاده شود. توصیه می‌شود پیگیری امور بیماران به صورت پیشگیرانه و ارزیابی‌های فرآیندی توسط دفاتر رسیدگی به شکایات برنامه‌ریزی شده و از طریق تعامل موثر با تیم پزشکی و واحدهای مختلف بیمارستان روند ارائه خدمات را تسریع و تسهیل نمایند.</p>
سطح دو	الف-۱-۸-۶ * علل و عوامل بستری مجدد بیماران شناسایی و اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود مؤثر برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ شناسایی موارد بستری مجدد بدون برنامه‌ریزی قبلی طی یک ماه پس از ترخیص از بیمارستان ❖ پایش روند شاخص بستری‌های مجدد در کل و به تفکیک عناوین مختلف مانند بخش، سرویس تخصصی، تشخیص نهایی بیماری، پروسیجرها ❖ بررسی علل بستری مجدد و انجام تحلیل ریشه‌ای علل توسط تیم‌های مربوطه ❖ انجام اقدامات اصلاحی مؤثر بر اساس نتایج بررسی‌ها و پایش نتایج اقدامات توسط تیم‌های مربوطه
	<p>منظور از بستری مجدد در این سنجش، بستری ناخواسته بیمار بدون برنامه‌ریزی قبلی^۱ به هر علت در طی یک ماه بعد از آخرین ترخیص می‌باشد. علت یا تشخیص هنگام بستری مجدد می‌تواند مرتبط یا غیرمرتبط با تشخیص نهایی هنگام آخرین ترخیص بیمار باشد. بیماری که با برنامه‌ریزی قبلی برای ادامه سیر درمان مراجعه می‌نمایند و نیز بیماران روانپزشکی، شیمی درمانی و دیالیز شامل این تعریف نمی‌شوند. به منظور شناسایی موارد بستری مجدد، واحد مدیریت اطلاعات سلامت به صورت روزانه از سامانه اطلاعات بیمارستانی در خصوص موارد بستری روزانه که طی ۳۰ روز گذشته در بیمارستان بستری بوده‌اند گزارش اخذ نموده، اطلاعات را به مسئول فنی ایمنی بیمار اعلام می‌نماید. علاوه بر مشخصات هویتی و دموگرافیک این بیماران، تاریخ بستری و ترخیص قبلی، تشخیص نهایی هنگام ترخیص قبلی، سرویس‌های بستری و بخش قبلی نیز جزء اطلاعات استخراج شده می‌باشد. با پیشنهاد کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار، اعضای تیم تحلیل ریشه‌ای و نیز اعضای تیم اقدام اصلاحی از بین کارکنان بالینی مرتبط اعم از پزشک معالج، پرستاران و سرپرستاران مرتبط، سوپروایزر آموزشی، مده‌کار، پزشک معتمد (ترجیحاً در سرویس تخصصی مربوط) و سایر کادر بالینی و مدیریتی اجرائی مرتبط انتخاب شده و اقدام اصلاحی / برنامه بهبود در خصوص مدیریت / کاهش وقوع بستری مجدد صورت می‌پذیرد. تحلیل ارتباط بین ایمن بودن ترخیص (موضوع سنجش ب-۱-۱۲-۱) و بستری مجدد حائز اهمیت کلیدی می‌باشد.</p> <p>شاخص بستری مجدد عبارت است از تعداد موارد بستری مجدد طبق تعریف بر تعداد موارد ترخیص در بازه زمانی مشخص. موارد فوت و ارجاع به سایر مراکز از موارد ترخیص قلمداد شده در مخرج کسر مستثنی می‌شوند. با عنایت به تأثیر گذاری مولفه‌های بیرونی مانند شرایط اجتماعی / اقتصادی بر ادامه روند مراقبت و درمان، نقش مده‌کار اجتماعی و مشارکت فعال ایشان در پیشگیری از بستری‌های مجدد مورد توجه ویژه قرار گیرد.</p>
سطح دو	الف-۱-۸-۷ علل و عوامل ترخیص با رضایت و میل شخصی شناسایی و اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود مؤثر برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ اجرائی صحیح روند ثبت ترخیص با رضایت و میل شخصی و ثبت دقیق علت هر یک از موارد ❖ تهیه فهرستی از علل و عوامل ترخیص با رضایت و میل شخصی و تفسیر و تحلیل نتایج، علل و روند تکرار علت‌ها ❖ طرح‌ریزی و اجرای اقدامات اصلاحی / پیشگیرانه برای عواملی که می‌تواند منجر به ترخیص با رضایت با میل شخصی شود ❖ بهبود روند ترخیص با رضایت و میل شخصی بر اساس اقدامات اصلاحی برنامه‌ریزی شده
	<p>ترخیص با رضایت و میل شخصی پنجره‌ای باز به سوی برخی ناکارآمدی‌های بیمارستان است و هر یک از مراکز بایستی ضمن دقت فراوان به ثبت دقیق علل و عوامل که معمولاً به درستی ثبت نمی‌شود، علل و عوامل ناکارآمدی یا عدم رضایت بیماران خود را شناسایی و ضمن تحلیل اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود، برنامه‌ریزی و انجام دهد.</p>

¹ Unplanned Readmission



سطح سه	الف-۱-۸- استفاده بهینه از ظرفیت گروه‌های پزشکی برای توسعه خدمات سرپایی، با رعایت اصول کیفیت و ایمنی بیمار برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.
<ul style="list-style-type: none"> ❖ تعیین دامنه بهیمنگی و شاخص‌های مورد نظر بهیمنگی برای مشارکت گروه‌های پزشکی در خدمات سرپایی ❖ شناسایی منابع گردآوری داده‌های لازم برای محاسبه بهیمنگی مشارکت گروه‌های پزشکی در خدمات سرپایی ❖ تعریف ساز و کار ثبت و انتقال و محاسبه بهیمنگی و حد مورد انتظار/مطلوب برای شاخص‌های تعریف شده ❖ اندازه‌گیری بهیمنگی، تفسیر و تحلیل نتایج و روندها برای مشارکت گروه‌های پزشکی در خدمات سرپایی ❖ شناسایی و پیش بینی شرایط خاصی که ممکن است روی بهیمنگی گروه‌های پزشکی تاثیر بگذارد ❖ طرح‌ریزی و اجرای اقدامات برنامه‌های بهبود با توجه به نتایج بدست آمده در مراحل بالا ❖ سنجش و تحلیل و کنترل عوامل مخدوش کننده بهیمنگی مشارکت گروه‌های پزشکی در خدمات سرپایی ❖ برنامه‌ریزی و اجرای اقدامات تشویقی برای بهینه سازی استفاده از ظرفیت گروه‌های پزشکی 	
<p>در مورد بهیمنگی استفاده از ظرفیت گروه‌های پزشکی علاوه بر مشارکت در توسعه خدمات سرپایی مواردی مانند اورژانس، خدمات تشخیصی و بخش‌های بستری و سایر مشارکت‌های گروه پزشکی مطرح است که در صورت تعیین معادل تمام وقت^۱ برای هر یک از واحدهای پیش‌گفت، تصمیم‌گیری مسئولان ارشد بیمارستان را برای برنامه‌ریزی و اجرای اقدامات مناسب تسهیل می‌سازد.</p>	
سطح	الف-۱-۹- بیمارستان از تامین منابع مالی و مدیریت هزینه‌ها جهت استقرار و استمرار کیفیت خدمات، اطمینان حاصل می‌نماید.
سطح یک	الف-۱-۹-۱- منابع و بودجه‌های عملیاتی تخصیصی مطابق اهداف برنامه‌های مربوط هزینه می‌شوند.
<ul style="list-style-type: none"> ❖ وجود نظام ثبت اطلاعات حسابداری و سامانه اطلاعات حسابداری مناسب ❖ انجام کنترل‌های داخلی حسابداری مطابق با استانداردهای مرتبط ❖ هزینه کرد منابع و بودجه‌های عملیاتی تخصیصی مطابق اهداف برنامه‌های ابلاغی مربوط ❖ پاسخگویی رئیس و مدیر بیمارستان در مقابل هزینه کرد صحیح بودجه و اعتبارات تخصیصی 	
<p>منابع مالی بیمارستان شامل ردیف‌های بودجه‌ای، کمک‌های برنامه‌ای از طرف وزارت بهداشت است. لازم است نظام ثبت اطلاعات حسابداری متناسب و سامانه اطلاعات حسابداری منطبق با آن نظام به نحوی که اطلاعات رخدادهای مالی براساس عملیات برنامه‌ها را ثبت کند، کنترل داخلی در حسابداری مطابق استانداردهای حسابداری انجام می‌شود. مدیر مالی گزارش‌های تفسیری و تحلیلی ماهانه از رخدادهای مالی و تطبیق آن‌ها با برنامه‌های مصوب تهیه کرده و در اختیار تیم رهبری و مدیریت قرار می‌گیرد. تیم رهبری و مدیریت و مدیر مالی ضمن بررسی انحراف از بودجه و دلایل آن‌ها اقدامات لازم برای تطبیق عملکرد بودجه منطبق با مقدار منابع مالی و بودجه مصوب طراحی و ابلاغ می‌کند. رئیس و مدیر بیمارستان مسئولیت هزینه کرد صحیح بودجه و اعتبارات تخصیصی را بر عهده دارند.</p>	
سطح یک	الف-۱-۹-۲- * افزایش درآمد بیمارستان در چارچوب ضوابط مربوط و رعایت اصول کیفیت و ایمنی بیمار برنامه‌ریزی و مدیریت می‌شود.
<ul style="list-style-type: none"> ❖ شناسایی کانون‌های درآمدی بیمارستان و تعیین برآورد ظرفیت تولید درآمد در هر یک از کانون‌ها در چارچوب قوانین و مقررات مربوط ❖ تعیین عوامل موثر بر افزایش/کاهش تولید و وصول درآمد در هر یک از کانون‌های شناسایی شده ❖ تعیین مقدار درآمد تحقق یافته/وصول شده در هر یک از کانون‌های شناسایی شده ❖ تحلیل و شناسایی علل کاهش تحقق/وصول درآمدها در هر یک از کانون‌های شناسایی شده ❖ برنامه‌ریزی و اقدام برای از بین بردن علل کاهش و تقویت علل افزایش تحقق وصول درآمدها ❖ ممانعت از هرگونه تاثیر منفی سیاست‌های مالی، درآمدزایی و صرفه جویی‌ها بر ایمنی بیمارستان 	
<p>برای افزایش درآمد بیمارستان ابتدا باید کانون‌های درآمدی را شناسایی نمود سپس ظرفیت تولید درآمد در هر یک از کانون‌ها را با استفاده از مدلی‌های پیش‌بینی (مانند سری زمانی، مطالعه فرآیند، ...) تعیین نمود. پس از شناسایی و تحلیل عوامل موثر بر تحقق و وصول درآمد و یا عوامل از دست رفتن درآمد، مدل تولید درآمد در هر کانون تهیه شود. سپس درآمد تحقق یافته در هر یک از کانون‌ها در بازه زمانی متناسب محاسبه شده و با مقدار مطلوب در همان بازه مقایسه شده و دلایل اختلاف شناسایی شده و برای کاهش اثر یا از بین بردن دلایل کاهنده درآمد برنامه‌ریزی شده و اقدام صورت گیرد. سیاست‌ها و برنامه‌های مربوط به افزایش درآمد بیمارستان در بخش‌های کلینیکی و پاراکلینیکی مانند پذیرش بیمارستان و ترخیص آن‌ها به نحوی باشد که با کاهش در کمیت و کیفیت به تهدید ایمنی بیمارستان منجر نشود. در اولویت بندی پذیرش بیمارستان فوریت و وضعیت بالینی بیمار اولویت داشته به هیچ وجه تابع میزان صرفه‌جویی درآمد بدست آمده از ناحیه نوع بیماری، مدت اقامت بیمار یا پروسیجر درمانی و ... نباشد. افزایش حجم ارائه خدمات و تلاش در جهت سرعت بخشی بدین امر مانند کاهش برتی زمان در اتاق عمل و افزایش تعداد پروسیجرها نباید باعث نادیده گرفته شدن استانداردها و مبنای ایمنی بیمار شود. برای مثال به چک لیست جراحی ایمن، شناسایی بیمارستان و یا انتقال غیر ایمن بیمارستان اشاره می‌گردد. ترخیص بیمارستان با سستی تا زمان اطمینان از عدم تهدید ایمنی بیمار، انجام نشود.</p>	

¹ Full time equivalent



سطح دو	<p>الف-۱-۳- جذب منابع مالی / سرمایه ای از محل مشارکتهای مردمی / موسسههای خیریه بیمارستانی در چارچوب ضوابط مربوط صورت میپذیرد.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ تعیین مقدار و سهم کمکهای خیرین در برنامه گوناگون بیمارستان در ۵ سال اخیر و هدف گذاری برای سالهای آینده ❖ تصویب برنامههای توسعه ای و سایر برنامههایی که تامین بخشی از منابع مالی آن متکی به خیرین است ❖ تدوین و اجرای برنامههای تبلیغی و ترویجی برای جذب خیرین بیشتر و کمکهای بیشتر از خیرین ❖ همکاری موسسههای خیریه به منظور شناسایی نیازهای بیماران و اولویتهای توسعه بهسازی و خدمات با واحد مددکاری ❖ تامین هزینه درمان مددجویان بی ضاعت بر اساس اسناد هزینه یا صورت حساب صادره از سوی امور مالی یا حسابداری با هماهنگی مددکاری ❖ تامین هزینههای ساخت و تجهیز بیمارستان و درمانگاههای تخصصی با تایید تیم رهبری و مدیریت ❖ تامین منابع بازسازی و بهسازی بیمارستان با تایید تیم رهبری و مدیریت ❖ تهیه گزارشهای تحلیلی مالی در تامین کمکهای مالی و سرمایه ای از سوی خیرین
	<p>لازم است ابتدا مقدار منابع مالی خیرین مشارکتهای مردمی و سهم آنها در تامین سرمایه تولید درآمد بیمارستان در طی چند سال اخیر شناسایی شده و برای سالهای بعدی هدف گذاری شود. اعتبارات مناسب و زمانبندی شده برای برنامههای توسعه ای بیمارستان که به تصویب مراجع بالا دست فیصلح رسیده باشد، تهیه می شود. برنامههای مصوب و زمانبندی تامین مالی بر حسب سلاخ خیرین شهرستانی استانی یا فدرالی اعلام شده و تقاضای همکاری می گردد. تمامی رخدادهای مالی در سامانه حسابداری درج شده و مدیر مالی گزارشهای تفسیری و تحلیلی فصلی در تامین و مصرف اعتبارات به مجمع خیرین و تیم رهبری و مدیریت بیمارستان ارائه می کند. همچنین لازم است فهرست هزینههای انجام شده و گزارش نهایی در خصوص ترخیص بیمار که مظهر به مهر حسابداری بیمارستان می باشد را تهیه و در پرونده درج شود. برگزاری جلسات منظم با خیرین و موسسات خیریه در بیمارستان توسط تیم رهبری و مدیریت بیمارستان صورت پذیرد. همچنین بکارگیری کارشناسان مددکاری اجتماعی مجرب برای جذب همکاری خیرین توصیه می شود.</p>
سطح دو	<p>الف-۱-۴- * مدیریت هزینههای خدمات گلوبال، در چارچوب ضوابط مربوط و رعایت اصول کیفیت و ایمنی بیمار صورت میپذیرد.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ گزارش تفصیلی از هزینه تمام شده برای هر یک از خدمات گلوبال انجام شده در بیمارستان ❖ تعیین مقدار حداقل و حداکثر و میانگین هر یک از اجزای خدمت (مواد مصرفی، دارو، زمان، ...) در خدمات گلوبال ❖ گزارش هزینه تمام شده خدمات گلوبال ارائه شده توسط هر یک از پزشکان و تعیین میزان انحراف از مقدار پایه (کم یا زیاد) و تاثیر آن در کیفیت خدمات ❖ تدوین و اجرای برنامههای انطباق میانگین هزینه تمام شده خدمات گلوبال در بیمارستان یا تعرفه ابلاغی ❖ عدم کاهش کمیت و کیفیت خدمات و عدم هرگونه تهدید ایمنی بیماران به دلیل مدیریت هزینهها در خدمات گلوبال <p>> ملاحظات مهم در استمرار کیفیت و ایمنی بیماران در برنامههای مدیریت هزینه</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. تامین تعدیل نیروی انسانی به نحوی نباشد که با کاهش در کمیت و کیفیت در چپش نیروی انسانی، منجر به تهدید ایمنی بیماران شود. ۲. تامین دارو و تجهیزات و مصرف آنها به نحوی نباشد که منجر به کاهش در کمیت و کیفیت خدمات و تهدید ایمنی بیماران شود. ۳. تامین مواد و ملزومات حفاظت های فردی به نحوی نباشد که منجر به کاهش در کمیت و کیفیت خدمات و تهدید ایمنی کارکنان شود. ۴. تامین و نگهداری تجهیزات پزشکی و مصرف آنها به نحوی نباشد که منجر به کاهش در کمیت و کیفیت خدمات و تهدید ایمنی بیماران شود. ۵. تامین و نگهداری تاسیسات نباید به نحوی باشد که منجر به کاهش در کمیت و کیفیت خدمات و تهدید ایمنی بیماران، مراجعین و کارکنان شود. ۶. نظارت دقیق بر عدم هرگونه تعجیل در ترخیص بیماران که منجر به ترخیص غیر ایمن شود.
سطح دو	<p>الف-۱-۵- * مدیریت هزینهها در سهم هتلینگ از خدمات پرستاری، در چارچوب ضوابط مربوط و رعایت اصول کیفیت و ایمنی بیمار صورت میپذیرد.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ گزارش تفصیلی از هزینه تمام شده هتلینگ برای هر بخش در بیمارستان ❖ محاسبه پایه تفاوت هتلینگ دریافتی و هزینه تمام شده هتلینگ به تفکیک بخشهای بیمارستان ❖ تدوین برنامه و اقدام برای انطباق هزینههای انجام شده برای هتلینگ هر بخش بیمارستان با درآمد اختصاصی هتلینگ ❖ عدم کاهش کمیت و کیفیت خدمات و عدم هرگونه تهدید ایمنی بیماران به دلیل مدیریت هزینهها در سهم هتلینگ از خدمات پرستاری <p>منظور از سهم هزینه خدمات پرستاری صرفاً یا درصدی از مبلغ هتلینگ که بصورت مجزا در صورت حساب بیماران بعنوان خدمات پرستاری منظور می شود.</p> <p>> ملاحظات مهم در استمرار کیفیت و ایمنی بیماران در برنامههای مدیریت هزینهها در سهم هتلینگ از خدمات پرستاری شامل موارد ذیل است</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. تامین تعدیل نیروی انسانی به نحوی نباشد که با کاهش در کمیت و کیفیت در چپش نیروی انسانی، منجر به تهدید ایمنی بیماران شود. ۲. تامین اقلام مشمول هتلینگ و مصرف آنها به نحوی نباشد که منجر به کاهش در کمیت و کیفیت خدمات و تهدید ایمنی بیماران شود. ۳. تامین مواد و ملزومات حفاظت های فردی به نحوی نباشد که منجر به کاهش در کمیت و کیفیت خدمات و تهدید ایمنی کارکنان شود. <p>خرید اقلام نامرغوب و یا عدم استفاده کافی و مناسب از محلول های ضد عفونی دست، ملحفه، دستکش استریل، گاز و بنه استریل و سایر اقلام مشمول هزینههای سهم هتلینگ از خدمات پرستاری به منظور صرفه جویی، بدون لحاظ معیارهای ایمنی بیمار، باعث بروز عفونت بیمارستانی و تهدید ایمنی بیماران و کارکنان می شود.</p>



سطح دو	الف-۱-۹-۶ * تامین کالا / ملزومات و تجهیزات با رعایت اصول هزینه اتریکشن، کیفیت و ایمنی بیمار برنامه ریزی و انجام می شود.
<ul style="list-style-type: none"> ❖ تدوین برنامه خرید کالاها/ملزومات و تجهیزات مطابق روش های تعیین شده و استانداردهای مدیریت ابزارها ❖ کسب اطمینان از انجام درخواست به موقع مسئولان بخش ها/واحدها از طریق نظارت های میدانی تیم رهبری و مدیریت ❖ ارزیابی صرفه و صلاح برای خرید کالاها/ملزومات و تجهیزات در کمیته های مرتبط ❖ اولویت بندی در خواست های عادی و فوری بخش ها/واحدها با استفاده از روشی معین و شفاف توسط تیم رهبری و مدیریت ❖ لحاظ نمودن مفاد استانداردها، الزامات قانونی و بالادستی مانند آیین نامه های مالی و معاملاتی در خرید ❖ شناسایی و ایجاد بانک اطلاعاتی تامین کنندگان معتبر و تامین کنندگان غیر معتبر ❖ کسب اطمینان از توزیع به موقع ملزومات و تجهیزات از طریق نظارت های میدانی تیم رهبری و مدیریت ❖ تهیه و تصویب فهرست کالاها/ملزومات و تجهیزات مورد نیاز مستمر، همراه با تعیین ویژگی های کیفی و نقطه سفارش آن ها برای کالاهای مصرف عمومی و تکرار شونده ❖ تهیه و توزیع کالاها/ملزومات و تجهیزات براساس زمان بندی و با نیازهای اعلام شده و کسب اطمینان از انطباق آن ها با درخواست یا مشارکت در خواست کننده ❖ عدم کاهش کمیت و کیفیت خدمات و عدم هرگونه تهدید ایمنی بیماران به دلیل مدیریت هزینه ها در تامین کالا/ ملزومات و تجهیزات 	
ملزومات و تجهیزات شامل تمامی قلام اداری، غذایی، بهداشتی، کیت، لوازم و تجهیزات پزشکی است.	
سطح سه	الف-۱-۹-۷ * هیچ موردی از اختلال / تاخیر در روند ارائه خدمات به دلیل کمبود امکانات و منابع مشاهده نمی شود.
<ul style="list-style-type: none"> ❖ عدم اختلال فرایندی در روند ارائه خدمات به دلیل کمبود امکانات و منابع در سوابق عملکرد بیمارستان ❖ عدم تاخیر زمانی در روند ارائه خدمات به دلیل کمبود امکانات و منابع در سوابق عملکرد بیمارستان 	
➤ ابعاد اجرایی استقرار این استاندارد	
<ol style="list-style-type: none"> ۱. نقطه سفارش و نقطه ذخیره حیاتی برای تک تک اقلام مشخص شود. ۲. موجودی ابزارهای کالا/ملزومات و تجهیزات کنترل و موقع رسیدن به نقطه سفارش موجودی ابزارها تکمیل شود. ۳. ذخیره دارویی منطبق با مقدار استاندارد تعیین شده در ابزار دارویی (تعیین نقطه سفارش و نقطه ذخیره حیاتی برای تک تک داروها) تامین شود. ۴. ملزومات و کالاهای مصرفی پزشکی و غیر پزشکی منطبق با مقدار استاندارد تعیین شده در ابزار ملزومات موجود باشد. ۵. نیروی انسانی ماهر برای نگهداری و تعمیرات فعال برای تاسیسات و نیز برای دستگاهها و تجهیزات پزشکی تامین شود. ۶. دستگاههای چاپگرین آماده بکار سالم به تعداد کافی و در دسترس باشند. ۷. لوازم و مواد مصرفی تجهیزات و قطعات پدکی آن ها به اندازه کافی در ابزار باشد. ۸. وجود نیروی انسانی ماهر و کافی و قابل دسترس برای خدمات پزشکی و غیر پزشکی <p>برای بیمارستان هایی که دارای بخش بیوند هستند، داشتن ذخیره داروهای بیوند به میزان ۵٪ از داروهای مصرف ماهیانه در داروخانه یا بخش بیوند الزامی است.</p>	
سطح	الف-۱-۱۰-۱ مشارکت پیمانکاران و تامین کنندگان در تحقق نتایج مطلوب اطمینان حاصل می نماید.
سطح یک	الف-۱-۱۰-۱-۱ انتخاب پیمانکاران یا لحاظ معیارهای کیفی به صورت بدون برنامه ریزی و انجام می شود.
<ul style="list-style-type: none"> ❖ تحلیل ضرورت و واگذاری خدمات به پیمانکاران براساس شواهد مبنی و صرفه و صلاح بیمارستان توسط تیم رهبری و مدیریت ❖ مشخص نمودن اهداف و انتظارات بیمارستان از واگذاری خدمات به پیمانکاران ❖ تدوین، تصویب نحوه اجرای انتخاب پیمانکاران با لحاظ قوانین بالادستی مالی و معاملاتی (آیین نامه مالی و معاملاتی) ❖ تعیین معیارهای کیفی تخصصی با مشارکت متخصصین امر در هر مورد و واگذاری خدمات و نحوه امتیازدهی به این معیارها ❖ انتخاب پیمانکاران منطبق بر اهداف، انتظارات، معیارهای کیفی و قوانین و مقررات بالادستی 	
تمامی کارکنان مرتبط با برون سپاری و عقد قراردادهای با پستی از روش های انتخاب پیمانکاران آگاهی کامل داشته باشند.	
سطح یک	الف-۱-۱۰-۲ برای تحقق نتایج مطلوب، نظارت مستمر بر عملکرد پیمانکاران برنامه ریزی و انجام می شود.
<ul style="list-style-type: none"> ❖ لزوم پیمانکار به رعایت دقیق الزامات و استانداردهای اعتباربخشی و سایر قوانین و الزامات وزارت بهداشت در متن قرارداد منعقد ❖ انتخاب و مشخص نمودن اعضای ناظر و نحوه نظارت بر عملکرد پیمانکاران در هر یک از قراردادهای برون سپاری ❖ پاسخگویی پیمانکار به ناظر فنی و پیش بینی مکانیزم های جریمه و یا فسخ قرارداد در متن قرارداد منعقد ❖ طراحی نظارت ساختارمند و ارزیابی دوره ای عملکرد پیمانکاران با استفاده از چک لیست های تخصصی و بکارگیری ناظر فنی متخصص و مرتبط ❖ تهیه گزارشات تحلیلی حاصل از نتایج پایش توسط ناظرین بر عملکرد پیمانکاران و ارائه به تیم رهبری و مدیریت و تصمیم گیری در خصوص تداوم رابطه کاری یا آن ها <p>منظور از نتایج مطلوب، رسیدن به انتظارات و اهداف تعیین شده بیمارستان در واگذاری خدمات به پیمانکاران است.</p>	



سطح دو	الف-۱-۱-۳ ارزیابی و انتخاب تامین کنندگان با لحاظ معیارهای تعیین برنامه‌ریزی شده و بر اساس آن اقدام می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ دسته بندی تامین کنندگان با توجه به خریدهای انجام گرفته و تهیه لیست تامین کنندگان خوشنام براساس معیارهای تعیین شده ❖ تهیه لیست سیاه از تامین کنندگان و برهیز از خرید از این تامین کنندگان ❖ بازنگری و به روز رسانی فهرست تامین کنندگان و لیست سیاه تامین کنندگان به صورت دوره‌ای و حداکثر سالیانه یکبار <p>توصیه می‌شود در انتخاب تامین کنندگان و خرید ملزومات هزینه تمام شده با لحاظ کیفیت مدنظر باشد.</p>
سطح سه	الف-۱-۱-۴ بیمانکاران و تامین کنندگان مایل به تدویم همکاری و فعالیت در این بیمارستان هستند:
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ رضایتمندی و تمایل بیمانکاران در خصوص ادامه همکاری با بیمارستان ❖ رضایتمندی و تمایل تامین کنندگان کالا و خدمات در خصوص ادامه همکاری با بیمارستان <p>انجام به موقع تعهدات و پرداخت حق الزحمه بیمانکاران و تامین کنندگان توسط بیمارستان و همچنین نظرسنجی از بیمانکاران تامین کنندگان برای نحوه عملکرد بیمارستان در ارتباط با آنها و تحلیل نتایج نظرسنجی انجام شده و استفاده از نتایج در بازنگری در روند کار با بیمانکاران/ تامین کنندگان برای تحقق این استاندارد توصیه می‌شود.</p>
سطح	الف-۱-۱-۱۱ بیمارستان در خصوص ارتقای سلامت برنامه‌ریزی و اقدام می‌نماید.
سطح یک	الف-۱-۱-۱-۱ بیمارستان در پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر مشارکت فعال و مؤثر دارد.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ فعال سازی کلینیک‌های لازم برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر مطابق با برنامه‌های ملی ❖ برنامه‌ریزی و اجرای اقداماتی مرتبط با برنامه‌های ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر در فعال سازی کلینیک‌های ابلاغ شده ❖ اجرای برنامه‌های آموزشی برای بیماران/ همراهان/ مراجعین در خصوص بیماری‌های فشار خون، دیابت و سرطان <p>اجرای برنامه‌های اطلاع رسانی و آموزشی به بیماران/ همراهان/ مراجعین از طریق وب سایت، پمفلت‌ها و بروشورهای آموزشی، پیام‌های تصویری، برگزاری دوره‌های آموزش سلامت، برقراری ایستگاه‌های آموزش سلامت در زمان عیادت بیماران و سایر روش‌ها به تشخیص بیمارستان است. شناسایی و معرفی بیمارستان‌های پیشگام در زمینه در پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر توسط مراجع مربوط در وزارت بهداشت انجام می‌شود.</p>
سطح دو	الف-۱-۱-۲-۱ بیمارستان برای پیشگیری و ارتقاء سلامت بیماران، برنامه داشته و بر اساس آن عمل می‌نماید.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ ارزیابی سیستماتیک و اولویت بندی نیازهای پیشگیری و ارتقاء سلامت بیماران توسط تیم ارتقاء سلامت ❖ برنامه‌ریزی و اجرای اقداماتی مرتبط با پیشگیری و ارتقاء سلامت بیماران ❖ آموزش و مشاوره سبک زندگی سالم، ترک سیگار و الکل، تغذیه و رژیم غذایی، ورزش و فعالیت فیزیکی ❖ آموزش و مشاوره به ویژه برای بیماران قلبی، ریوی مزمن، آسمی، دیابتی، سرطانی، سکته مغزی، اختلالات روانپزشکی و جراحی <p>ارتقای سلامت، یکی از علوم جدید اما کاربردی در حوزه سلامت است که امروزه بیش از پیش به آن توجه می‌شود. در واقع در یک تعریف ساده، ارتقای سلامت عبارت است از "فرآیند توانمندسازی مردم در شناخت و کنترل عوامل تاثیرگذار بر سلامت فردی و اجتماعی و تصمیم گیری صحیح در انتخاب رفتارهای سلامت محور و در نتیجه رعایت شیوه زندگی سالم"</p> <p>بیمارستان‌ها به عنوان یکی از مهم‌ترین مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت، بایستی نقش خود را در ارتقای سلامت تعیین نموده و در این خصوص مسئولیت پذیر و پاسخگو باشند. در همین راستا استانداردهای جامع ارتقای سلامت در بسته مستقلاً تدوین شده و برای بیمارستان‌های دوستدار ارتقای سلامت قابل اجرا می‌باشد. اما اعتباربخشی ملی بیمارستان‌ها به واسطه اهمیت موضوع پیشگیری و ارتقای سلامت، فعالیت‌های مرتبط با ارتقای سلامت بیماران و کارکنان را برای تمامی بیمارستان‌ها، و محورهای تغییر سازمان به مکانی جهت ارتقای سلامت و مشارکت فعال در ارتقای سلامت جامعه در محیط بیمارستان را برای بیمارستان‌های متقاضی اخذ درجه عالی مدنظر قرار داده است. اولین قدم برای طراحی یک برنامه ارتقای سلامت، ارزیابی نیازها می‌باشد. به عبارت دیگر تشخیص نیازها و اولویت‌ها باعث می‌شود تا دید واضحی در مورد نیازهایی که منجر به تهیه برنامه ارتقای سلامت می‌شود، ارائه گردد. به علاوه این که به وسیله ارزیابی نیازها می‌توان به راحتی اولویت‌های منطبق با نیازهای گروه‌های هدف برای برنامه‌های ارتقای سلامت را مشخص کرد. فرهنگ مشارکت، فاکتور حیاتی در موفقیت برنامه‌های ارتقا دهنده سلامت در ساختار و فرهنگ بیمارستانی است و نیازمند برنامه‌ریزی‌های میان‌مدت و درازمدت است. بیمارستان بایستی از طریق مشارکت کارکنان در سلامت، تخصیص بودجه ویژه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت، استفاده از راهبردهای اطلاع رسانی مانند پمفلت و سمینارهای سالیانه و نیز آموزش‌های خاص بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت استفاده نماید. تیم ارتقا سلامت می‌تواند حداقل شامل مسئولان ارتقای سلامت حوزه معاونت بهداشتی، تیم رهبری و مدیریت، مسئول واحد تغذیه، مسئول بهداشت محیط و بهداشت حرفه ای، نماینده پزشکان مرتبط، نمایندگان بخش‌ها/ واحدهای مرتبط، واحدهای پاراکلینیک، توانبخشی، و سایر افراد به تشخیص بیمارستان باشد.</p> <p>"ارتقای سلامت، علم و هنر کمک به مردم برای تغییر شیوه زندگی‌شان برای داشتن یک وضعیت سلامت پایدار است."</p>



سطح دو	الف-۱-۱-۳ بیمارستان برای پیشگیری و ارتقاء سلامت کارکنان، برنامه داشته و بر اساس آن عمل می‌نماید.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ ارزیابی مدون و اولویت بندی نیازهای پیشگیری و ارتقاء سلامت کارکنان توسط تیم ارتقاء سلامت ❖ تثبیت محیط کاری سالم، ایمن و حمایت از فعالیت‌های ارتقاء سلامت کارکنان ❖ اجرای برنامه‌های پیشگیرانه و آموزشی ارتقای سلامت کارکنان در حیطه فعالیت بدنی ❖ اجرای برنامه‌های پیشگیرانه و آموزشی ارتقای سلامت کارکنان در حیطه مصرف دخانیات ❖ اجرای برنامه‌های پیشگیرانه و آموزشی ارتقای سلامت کارکنان در حیطه تغذیه سالم ❖ برنامه‌ریزی و انجام اقدامات برای ارتقاء سلامت کارکنان حداقل در حیطه‌های تغذیه، فعالیت‌های بدنی، مصرف دخانیات ❖ ارزیابی اثربخشی برنامه‌های ارتقای سلامت کارکنان هر شش ماه و در صورت لزوم طراحی اقدامات اصلاحی/ تدوین برنامه بهبود <p>تأیید کارکنان در معرض مصداق ذکر شده در برنامه ارتقای سلامت کارکنان بیان کننده نحوه اجرا و میزان اثر بخشی این بخش از برنامه‌های ارتقای سلامت است.</p>
سطح سه	الف-۱-۱-۴ بیمارستان در اجرای برنامه‌های بهداشت محیط و مدیریت پسماند با روش‌های نوین پیشگام و فعال است.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ شناسایی روش‌های نوین مدیریت پسماند و به روز رسانی آن ❖ انتخاب روش نوین مدیریت پسماند پس از تحلیل نقاط قوت و ضعف و لحاظ نمودن مسائل ایمنی در هر روش ❖ طرح‌ریزی و اجرای برنامه‌های بهداشت محیط جدید و به روز شده ❖ بررسی تحلیلی روش‌های نوین مدیریت پسماند برنامه‌های بهداشت محیط به روز شده و انجام اصلاحات اقدامات اصلاحی در صورت نیاز <p>سوابق مطالعات انجام گرفته برای بکارگیری روش‌های نوین و برنامه‌های جدید بهداشت محیط باید موجود باشد.</p>
سطح سه	الف-۱-۱-۵ بیمارستان در راستای اجرای استانداردهای بیمارستان سبز و ارتقاء سلامت در حیطه زیست محیطی، برنامه داشته و بر اساس آن عمل می‌نماید.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ شناسایی مواردی از بیمارستان سبز که با ایمنی بیمار مغایرت نداشته باشد ❖ برنامه‌ریزی و اجرا برای موارد شناسایی شده در خصوص بیمارستان سبز ❖ برنامه‌ریزی و اجرای اقداماتی برای جلوگیری از هدر رفتن منابع طبیعی مورد استفاده و حامل‌های انرژی <p>بیمارستان سبز^۱، بیمارستانی است که سلامت مردم را با کاهش مداوم پیامدهای زیست محیطی و برطرف کردن سهم خود در کاهش میزان بیماری‌ها ارتقاء دهد.^۲ بیمارستان سبز و سالم ارتباط بین سلامتی انسان و محیط زیست را به رسمیت می‌شناسد و این شناخت را از طریق نوع اداره کردن، راهبرد و عملیات خود نشان می‌دهد.^۳ از ویژگی‌های مهم بهره‌گیری از راهبرد " بهره‌وری سبز برای بیمارستان‌ها" این است که کارایی اقتصادی را در کنار کارایی زیست محیطی مطرح می‌کند و در همین توجه جدیدی به مقوله اقتصاد بهداشت و درمان، محیط زیست را نیز در نظر می‌گیرد و با بکارگیری ابزارها و روش‌های بهره‌وری سبز آلاینده‌های زیست محیطی ناشی از فرآیند ارائه خدمات را به حداقل می‌رساند.^۴ از آنجا که الگوی منفرد و یکسانی در خصوص بیمارستان‌های سبز و سالم وجود ندارد و بسیاری از بیمارستان‌ها و نظام‌های سلامت در سراسر جهان اقداماتی را به منظور کاهش ردهای زیست محیطی، مشارکت در سلامت همگانی و صرفه جویی در هزینه‌ها به صورت همزمان به اجرا در آورده‌اند، که بیشتر بر پایه استانداردهای زیست محیطی بنیان گذاشته شده است، در این راستا، بیمارستان می‌تواند از مدل‌های موجود و تجارب بیمارستان‌های سبز در جهان، بسته به نیازها و الزامات جغرافیایی و زیست محیطی خود بهره‌گیری، در مدل‌های موجود بیشترین تأکید بر ابعاد کارایی انرژی، کارایی آب و مدیریت پسماند می‌باشد که نشان‌دهنده اهمیت زیاد این بعد در بیمارستان سبز است.</p>

^۱ - Green Hospital

^۲ Taleshi A, Nejadkoorki F, Azim Zadeh H, Ghaneian MT, Namayandeh SM. Toward Green Hospital Standards in Yazd Educational Hospitals in 2013. Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences 2014; 22 (5) :114-127

^۳ Environment Science Center. Greener hospitals, Improving Environmental Performance. Germany: Bristol-Myers Squibb Company;2013.

^۴ Jabbarvand M, Mokhtare H, Sharifi R, Shafiei. M, Negahban Z. Comparative study on energy usage status and its management in Farabi Eye. Hospital. Ebnesina- Journal of Medical 2011; 14(3): 41-8.



ایجاد و اجرای معتبر شده (مخوره‌ها) و پیشنهادهای جهت بیمارستان سبز برای کشور ایران به شرح جدول زیر است

- I. آب (کاهش مصرف آب و تامین آب شرب)
 - بکارگیری راهکارهای صرفه جویی در مصرف آب بیمارستان
 - بررسی دوره ای سیستم آبرسانی بیمارستان
 - استفاده از تجهیزات کم مصرف در سیستم آبرسانی بیمارستان
 - تصفیه فاضلاب بیمارستان
 - تامین آب سالم بیمارستان
 - عدم استفاده از بطری‌های آب پکیار مصرف
 - تعیین حجم آب مصرفی جهت شستشوی تجهیزات و وسایل بیمارستان
 - استفاده از تجهیزات تهویه غیرآبی در بیمارستان
 - عدم استفاده از آب شرب برای مصارف غیر ضروری در بیمارستان
- II. مدیریت (تامین حمایت مدیریتی جهت پیاده سازی استانداردهای بیمارستان سبز)
 - پیاده سازی سیستم مدیریت سبز در بیمارستان
 - تشکیل تیم مدیریت سبز در بیمارستان
 - تعیین منابع برای اجرای مدیریت سبز بیمارستان
 - وجود دستورالعمل‌های زیست محیطی برای بخش‌های مختلف بیمارستان
 - مستندسازی تمام عملیات بیمارستان
 - مستندسازی مقادیر صرفه جویی شده در بخش‌های مختلف بیمارستان
- III. سیستم تغذیه (مدیریت سبز در سیستم تغذیه بیمارستان)
 - کاهش مصرف انرژی در تولید غذا در بیمارستان
 - کاهش تولید ضایعات در بخش تغذیه
 - وجود برنامه غذایی ثابت در بیمارستان
 - ترجیح بیمارستان در استفاده نمودن از تولیدات محلی فضای سبز بیمارستان
- IV. استفاده از سیستم آبیاری قطره ای در بیمارستان
 - آبیاری فضای بیمارستان در زمان صبح و شب
 - استفاده از پوشش گیاهی مقاوم در اطراف بیمارستان
- V. آزمایشگاه (مدیریت مواد شیمیایی و خطرناک)
 - تفکیک فاضلاب آزمایشگاه و اختصاص محل مناسب برای پسماند آزمایشگاهی در بیمارستان
 - کاهش زباله آزمایشگاهی در بیمارستان
 - تفکیک مواد پرخطر بیمارستان
 - مستند کردن دقیق مصرف خرید و ذخیره مواد شیمیایی بیمارستان
 - استفاده از تجهیزات ضدعفونی کننده خودکار در بیمارستان
 - عدم استفاده از دستگاه‌های آزاد کننده گازهای مخرب زیست محیطی
 - تهیه متناسب و استاندارد آزمایشگاه
- VI. کنترل عفونت
 - خرید مواد ضدعفونی کننده استاندارد برای بیمارستان
 - آموزش پرسنل بیمارستان جهت آشنایی با مبانی و مفاهیم کنترل عفونت
 - تنظیم اهداف استراتژیک و کمی جهت کاهش و کنترل عفونت در بیمارستان
 - شناسایی گلوگاه‌های کنترل عفونت بیمارستان



.VII	<ul style="list-style-type: none"> • انرژی (کاهش و بهبود مصرف انرژی) • محاسبه کل برق مصرفی به تفکیک بخش های بیمارستان • استفاده از نور طبیعی تا حد امکان در فضای بیمارستان • استفاده از لامپ های کم مصرف¹ در بیمارستان • تنظیم برنامه های صرفه جویی در مصرف انرژی در بیمارستان • استفاده از انرژی خورشیدی در بیمارستان • عایق گذاری در بها و پنجره های بیمارستان • استفاده از شیشه های بازتاب دهنده نور (رفلکس) در فضای بیمارستان • استفاده از تجهیزات مجهز به حس گر و ترموستات در بیمارستان
.VIII	<ul style="list-style-type: none"> • نوآوری در طراحی فضاهای بیمارستانی • دسترسی آسان به فضای مختلف بیمارستان • تحقیق در مورد آخرین ابتکارات بیمارستان در زمینه طراحی • کاهش پسماندهای مربوط به تولید، ساخت و ساز و حمل و نقل بیمارستان • اطمینان از عدم انتشار گازهای سمی بیمارستان در فضای خارجی بیمارستان • استفاده از مواد قابل بازیافت در طراحی بیمارستان خصوصاً نمای خارجی • استفاده از گایدلاین های سازمان های حامی محیط زیست • عدم استفاده از مصالح حاوی CPVC، PVC و ترکیبات هالوژن دار و کادمیوم • استفاده از مواد و محصولات ساختمانی مقاوم به منظور کاهش هزینه و کارایی بیشتر • به حداقل رساندن آلودگی هوا و سروصدا در طول روند ساخت و ساز بیمارستان • طراحی مناسب ساختمان برای دوام و برای سهولت تغییر کاربری آینده بیمارستان
.IX	<ul style="list-style-type: none"> • ارزیابی سیستم مدیریت سبز در بیمارستان • تشکیل تیم بازرسی و کمیته مدیریت سبز در بیمارستان و ایجاد سیستم مدیریت سبز در بیمارستان • مستندسازی گزارشات بازدید بیمارستان • ارزیابی منظم سیستم انرژی و آب بیمارستان • ارزیابی منظم تجهیزات بیمارستان و وسایل گران قیمت
.X	<ul style="list-style-type: none"> • تهیه هوای داخلی بیمارستان • پایش کیفیت هوای داخلی و بکارگیری سیستم تهویه استاندارد در بیمارستان • نصب سیستم های اندازه گیری CO2 موجود در هوای خروجی ساختمان بیمارستان • شناسایی منابع آلوده کننده هوای بیمارستان • چک کردن منظم فیلترهای هوای بیمارستان • پاکسازی مخازن و شیرهای آب بیمارستان در زمان عدم استفاده طولانی از سیستم
.XI	<ul style="list-style-type: none"> • خرید ارجح زیست محیطی • در نظر گرفتن معیارهای زیست محیطی هنگام خرید محصولات پزشکی بیمارستان • استفاده از محصولات پزشکی قابل استفاده مجدد در صورت امکان • کاهش میزان مصرف چوبه در بیمارستان
.XII	<ul style="list-style-type: none"> • کاغذ (کاهش، بهبود و مصرف کاغذ) • کاهش مصرف کاغذ تا حد امکان در بیمارستان • استفاده از نسخ الکترونیک در بیمارستان • استفاده از کاغذ بازیافتی

¹ LED



الف-۱-۱۲-۱ بیماریارستان در اجرای برنامه‌های ملی سلامت مشارکت می‌نماید.	
سطح یک	الف-۱-۱۲-۱ بیماریارستان در زمینه ارتقای شاخص‌های سلامت و کاهش مرگ و میر مادران، نوزادان و کودکان زیر پنج سال مشارکت فعال و مؤثر دارد.
سطح یک	الف-۱-۱۲-۲ بیماریارستان در پیاده‌سازی برنامه ملی ترویج زایمان طبیعی پیشگام بوده و مشارکت فعال و مؤثر دارد.
سطح دو	الف-۱-۱۲-۳ بیماریارستان در اجرای برنامه ملی تغذیه با شیر مادر مشارکت فعال و مؤثر دارد.

XIII. صدا (جلوگیری از ایجاد صداهای مزاحم)

- کنترل میزان صدا در بیمارستان و جلوگیری از ایجاد صداهای مزاحم
- عایق گذاری صوتی در فضاهای پر سر و صدای بیمارستان
- تجهیز کارکنان بیمارستان در معرض اصوات بلند به وسایل ایمن برای حفظ سلامت سیستم شنوایی

سطح یک	الف-۱-۱۲-۱ بیماریارستان در زمینه ارتقای شاخص‌های سلامت و کاهش مرگ و میر مادران، نوزادان و کودکان زیر پنج سال مشارکت فعال و مؤثر دارد.
سطح یک	الف-۱-۱۲-۲ بیماریارستان در پیاده‌سازی برنامه ملی ترویج زایمان طبیعی پیشگام بوده و مشارکت فعال و مؤثر دارد.
سطح دو	الف-۱-۱۲-۳ بیماریارستان در اجرای برنامه ملی تغذیه با شیر مادر مشارکت فعال و مؤثر دارد.



سطح دو	الف-۱-۱۲-۴ بیمارستان در اجرای برنامه‌های دوستدار مادر و دوستدار کودک پیشگام بوده و مشارکت فعال و مؤثر دارد.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ برنامه‌ریزی و اجرای اقدامات و بایش آن برای "استقرار گام‌های ده گانه استاندارد دوستدار مادر" ❖ برنامه‌ریزی و اجرای اقدامات و بایش آن برای "استقرار گام‌های ده گانه استاندارد دوستدار کودک" ❖ بررسی اثربخشی اقدامات و تحلیل نقاط قوت و ضعف و ارائه اقدامات اصلاحی برنامه‌های بهبود برای بهبود روند نتایج ❖ تایید مراجع ذیربط وزارت بهداشت در خصوص موفقیت و پیشگامی بیمارستان در اجرای برنامه‌های دوستدار مادر و دوستدار کودک <p>توصیه می‌شود برنامه‌های ملی نوین نوزاد و کودک (مرکز تغذیه و پریدی، بانک شیر در مجاورت بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان، واحد مشاوره شیردهی، مرکز تکامل، پیگیری نوزاد و شیرخوار برخطر پس از ترخیص و ...) اجرایی شود. توصیه می‌شود نحوه اجرای برنامه‌های دوستدار مادر و دوستدار کودک مکتوب گردیده و بر اساس آن اقدام شود. شناسایی و معرفی بیمارستان‌های دوستدار مادر و دوستدار کودک توسط مراجع مربوط در وزارت بهداشت انجام می‌شود.</p>
سطح دو	الف-۱-۱۲-۵ بیمارستان در اجرای برنامه‌های ترویج و حمایت از اهدای عضو از بیماران مرگ مغزی با رعایت الزامات اخلاقی و حرفه‌ای مشارکت مؤثر دارد.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل ابلاغی اهدای عضو از بیماران مرگ مغزی ❖ گزارش موارد مرگ مغزی به دانشگاه برای حمایت از برنامه اهدای عضو طبق انتظارات وزارت بهداشت ❖ مشارکت فعال بیمارستان در ترویج و حمایت از اهدای عضو برای بیماران مرگ مغزی با رعایت الزامات مرتبط ❖ اطلاع رسانی بیمارستان به واحدهای فراهم آوری و شناسایی اعضا ❖ تایید مراجع ذیربط وزارت بهداشت در خصوص موفقیت و پیشگامی بیمارستان در برنامه‌های ترویج و حمایت از اهدای عضو از بیماران مرگ مغزی <p>ک اجرای دقیق و کامل دستورالعمل ابلاغی به شماره ۱۰۰/۵۴ مورخ ۱۳۹۴/۰۱/۲۳ وزارت برای شناسایی موارد سطح هوشیاری پایین تر با مسأله ۵ مد نظر است. شناسایی و معرفی بیمارستان‌های پیشگام در برنامه‌های ترویج و حمایت از اهدای عضو از بیماران مرگ مغزی توسط مراجع مربوط در وزارت بهداشت انجام می‌شود.</p>
سطح سه	الف-۱-۱۲-۶ بیمارستان در اجرای برنامه ملی درمان سکته‌های حاد قلبی و مغزی پیشگام بوده و مشارکت فعال و مؤثر دارد.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ مشارکت کامل و مؤثر بیمارستان در اجرای برنامه ملی درمان سکته‌های حاد قلبی^۱ با تایید وزارت بهداشت ❖ مشارکت کامل و مؤثر بیمارستان در اجرای برنامه ملی درمان سکته‌های حاد مغزی^۲ با تایید وزارت بهداشت ❖ تایید مراجع ذیربط وزارت بهداشت در خصوص موفقیت و پیشگامی بیمارستان در درمان سکته‌های حاد قلبی و سکته‌های حاد مغزی <p>در صورتی که بیمارستان جز بیمارستان‌های ۲۴۷ و ۲۲۴ نباشد لازم است بیمارستان معین را مشخص کرده و ارجاعات را به آن بیمارستان انجام دهد. همچنین لازم است بیمارستان گزارش موارد مرگ و عوارض ناشی از سکته‌های قلبی و مغزی در کمیته مرگ و میر بررسی شده، مشکل را ریشه‌یابی نموده و اقدامات اصلاحی متناسب با مشکلات شناسایی، تعیین و انجام دهد و اثربخشی اقدامات اصلاحی انجام شده، سنجیده شود. میزان مشارکت و موفقیت هر یک از مراکز فعال در اجرای برنامه ملی درمان سکته‌های قلبی و سکته‌های مغزی در دانشگاه‌های علوم پزشکی و معاونت درمان وزارت بهداشت بایش می‌شود و ارزیابی این استاندارد بر اساس گزارش‌های اخذ شده از معاونت درمان وزارت بهداشت صورت می‌پذیرد.</p>
سطح سه	الف-۱-۱۲-۷ * بیمارستان در راستای طبابت مبتنی بر شواهد، پیشگام بوده و مشارکت فعال و مؤثر دارد.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ وجود شواهدی دل بر تمرکز و برنامه‌ریزی تیم‌های پزشکی به ترویج طبابت مبتنی بر شواهد در سطح بیمارستان ❖ انجام مطالعات مرتبط با طبابت مبتنی بر شواهد و یکسان سازی روش‌های پزشکی ❖ برنامه‌ریزی و اجرای استانداردها و گایدلاین‌های ابلاغی وزارت بهداشت ❖ ارزیابی دوره‌ای وضعیت بیمارستان از نظر طبابت مبتنی بر شواهد و انجام اقدامات برای بهبود وضعیت ❖ تایید مراجع ذیربط وزارت بهداشت در خصوص موفقیت و پیشگامی بیمارستان در زمینه طبابت مبتنی بر شواهد <p>پیشگامی بیمارستان در خصوص طبابت مبتنی بر شواهد علاوه بر بازدهی‌های میدانی بر اساس گزارش‌های اخذ شده از معاونت درمان وزارت بهداشت ارزیابی می‌شود.</p>

^۱ رتبه ملی درمان سکته‌های حاد قلبی

^۲ رتبه ملی درمان سکته‌های حاد مغزی



الف-۲ مدیریت خطر حوادث و بلایا

سطح	الف-۲-۱ ارزیابی خطر حوادث و بلایا انجام شده و بر اساس نتایج آن برنامه‌ریزی و مدیریت می‌شود.
سطح یک	الف-۲-۱-۱ ارزیابی سالیانه و اولویت‌بندی عوامل خطر آفرین داخلی و خارجی بیمارستان انجام شده است.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ شناسایی عوامل خطر آفرین داخلی و خارجی بیمارستان در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا ❖ امتیازدهی عوامل خطر آفرین بر اساس (شدت، احتمال وقوع، میزان آسیب پذیری و دوره بازگشت) ❖ اولویت بندی عوامل خطر آفرین برحسب بیشترین امتیازات و تعیین پنج عامل خطر آفرین اول بیمارستان
	<p>➤ برای تدوین برنامه‌های مدیریت خطر حوادث و بلایا ابتدا بایستی به سوالات ذیل پاسخ دهیم</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. شایعترین حوادث تهدید کننده ما چیست و ما باید در برابر چه حوادثی آماده باشیم؟ (ارزیابی عوامل خطر آفرین) ۲. این حوادث چه تأثیری بر بیمارستان ما دارد؟ آسیب پذیری‌ها و نقاط قوت ما در برابر آن چیست؟ (ارزیابی خطر) ۳. برای مقابله با این تأثیرات چه اقدامات پیشگیرانه ای باید انجام دهیم؟ ۴. برای آمادگی و پاسخ در برابر این حوادث چه اقداماتی باید انجام دهیم؟ <p>اولین مرحله در این مسیر شناسایی و اولویت بندی عوامل خطر آفرین (مخاطرات) است تا مشخص شود بیمارستان بیشتر در معرض چه مخاطراتی قرار دارد. عوامل خطر آفرین (مخاطره) به پدیده‌هایی گفته شود که بالقوه آسیب‌زا هستند و می‌توانند منجر به آسیب جانی، مالی و محیطی به مردم و یا بیمارستان شوند.</p> <p>➤ عوامل خطر آفرین در بیمارستان با دو منشأ می‌تواند باشد</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. منشأ داخلی: در داخل بیمارستان رخ می‌دهد مانند آتش سوزی، قطع برق یا آب، قطع گازهای طبی، قطع سیستم‌های ارتباطی شست‌مواد رادیواکتیو و... ۲. منشأ خارجی: خارج از بیمارستان بوده ولی بیمارستان را تحت تأثیر قرار داده و باعث ورود بیش از انتظار مجروحان و مصدومان به بیمارستان می‌شود مانند تصادفات، زلزله، سیل، اپیدمی‌ها و... <p>مخاطرات بیمارستان‌ها متناسب با موقعیت جغرافیایی نیز کلاً متفاوت است و از طرفی آسیب پذیری بیمارستان‌ها و ظرفیت آن‌ها نیز متفاوت است لذا برنامه‌های مدیریت خطر بیمارستانی، اختصاصی هر بیمارستان تدوین می‌شود. برای شناسایی عوامل خطر آفرین (مخاطرات) از کتاب "ابزارهای ملی ارزیابی سلامت در حوادث و بلایا" و کتاب ارزیابی ایمنی بیمارستانی^۱ می‌توان استفاده نمود. همچنین برای شناسایی مخاطرات داخلی از مشارکت مدیران، کارکنان و دفتر فنی بیمارستان و برای شناسایی مخاطرات خارجی از مشارکت سازمان‌های امدادی، هواشناسی و سایر سازمان‌های مرتبط و افراد جامعه و با توجه به موقعیت جغرافیایی بیمارستان، شرایط منطقه، فوریت‌های جامعه، اپیدمی‌ها و بلایای طبیعی و براساس شواهد علمی و تجربی استفاده گردد.</p> <p>برای اولویت بندی عوامل خطر آفرین (مخاطرات) ابزارهای مختلفی وجود دارند که می‌توان از کتاب "ابزارهای ملی ارزیابی سلامت در حوادث و بلایا" استفاده نمود. امتیازدهی بر اساس احتمال وقوع، شدت آسیب، دوره بازگشت (تکرارپذیری) و میزان آسیب پذیری است و در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا و مشارکت اعضای امتیازدهی صورت می‌گیرد. پس از اعمال ضرایب امتیاز هر مخاطره مشخص و در جدول ثبت می‌شود. پنج مخاطره‌ای که بیشترین امتیازات را کسب کنند به عنوان اولویت برنامه‌ریزی بیمارستان هستند. برای پنج مخاطره اول بیمارستان (مخاطرات داخلی و خارجی) برنامه تدوین شود.</p> <p>مخاطره آتش سوزی به دلیل اهمیت و استناد دارد مستقل^۲ آن جزء ۵ مورد مخاطره قرار نگیرد و با برنامه مستقل برنامه‌ریزی و مدیریت شود.</p> <p>با توجه به ماهیت بیمارستان و احتمال بروز اپیدمی‌ها، در بیمارستان‌هایی که با توجه به منطقه جغرافیایی و اقلیمی در معرض توصیه می‌شود این مخاطره حتماً جزء پنج مخاطره اول بیمارستان قرار گیرد.</p>

¹ FHSI



سطح یک	الف-۲-۱-۲ ارزیابی سالیانه ایمنی بیمارستان در حوادث و بلایا در سه حیطه ایمنی عملکردی، سازه‌ای و غیر سازه‌ای انجام شده است.
<ul style="list-style-type: none"> ❖ تشکیل تیم ارزیابی ایمنی بیمارستان ❖ انجام ارزیابی ایمنی بیمارستان در حیطه‌های سازه‌ای ❖ انجام ارزیابی ایمنی بیمارستان در حیطه‌های غیر سازه‌ای ❖ انجام ارزیابی ایمنی بیمارستان در حیطه‌های عناصر عملکردی ❖ ثبت نتایج ارزیابی و امتیازات آن در فایل آکسل و تعیین نمره نهایی شاخص ایمنی بیمارستان 	
<p>تیم ارزیابی ایمنی بیمارستان که حداقل شامل مسئول فنی / ایمنی، مسئولان ساختمان، تأسیسات، تجهیزات، بهداشت محیط و حرفه‌ای، دبیر کمیته و سایر اعضاء منتخب کمیته توسط کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا می‌باشند. ارزیابی بر اساس ویرایش دوم کتاب FHSI انجام شود.</p> <p>ایزار ارزیابی ایمنی بیمارستان برای حوادث و بلایا^۱ مربوط به سازمان جهانی بهداشت است که در سال ۲۰۰۸ به منظور کمک به بیمارستان‌ها جهت بررسی وضعیت ایمنی بیمارستان، اولویت‌بندی برنامه‌ریزی و پیشگیری از آسیب در اثر وقوع حوادث و بلایا طراحی شده است و معرف این احتمال است که بیمارستان در شرایط وقوع بلایا تا چه میزان می‌تواند فعال بوده و وظایف خود را انجام دهد. این مجموعه ایزاری است که ۱۴۵ حوزه بیمارستانی شامل عناصر سازه‌ای، غیر سازه‌ای و عملکردی را در برمی‌گیرد.</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. حیطه ایمنی سازه‌ای شامل اجزایی است که وزن ساختمان را تحمل می‌کنند مثل ستون‌ها، تیر آهن‌ها، صفحات بتون و سقف‌ها می‌باشد. ۲. حیطه ایمنی غیر سازه‌ای شامل اجزایی از سازمان هستند که در تحمل وزن ساختمان نقشی ندارند مانند سیستم‌های حیاتی (الکتریکی، ارتباطی، ذخایر آب، سوخت، گازهای پزشکی)، گرمایش، سرمایش و تهویه هوا، تجهیزات اداری، تجهیزات پزشکی و آزمایشگاهی و اجزای معماری هستند. ۳. حیطه ایمنی عملکردی متطابق با کتاب ارزیابی ایمنی بیمارستانی شامل ایجاد ساختار و برنامه مقابله با حوادث و فوریت‌هایی باشد که شامل (تشکیل کمیته، تدوین برنامه و راهنماهای عملیاتی آمادگی، پاسخ و بازتوانی) می‌باشد. <p>پس از این‌که نمرات حوزه‌های مختلف بیمارستان توسط متخصصین هر حوزه تعیین و وارد فایل آکسل شد، در نهایت «نمره شاخص ایمنی بیمارستانی» به دست آمده وضعیت بیمارستان را در یکی از حالت‌های زیر مشخص می‌کند:</p> <p>سطح اول: بیمارستان می‌تواند از جان افرادی که درون آن هستند حفاظت کرده و قادر به ادامه عملکرد خود در شرایط حوادث و بلایا باشد.</p> <p>سطح دوم: بیمارستان قادر به مقاومت در مقابل حوادث و بلایا هست، ولی تجهیزات و خدمات حیاتی آن در معرض خطر قرار دارند.</p> <p>سطح سوم: در زمان حادثه، بیمارستان و کلیه افراد موجود در آن در معرض خطر قرار دارند.</p> <p>در بیمارستان‌های نوساز و قدمت کمتر از ۵ سال، لازم است مجوز مقاوم سازی ساختمان و تأسیسات در خصوص اجزای سازه‌ای از مراجع ذیصلاح دریافت شود و در بیمارستان‌های با قدمت بیش از ۵ سال در صورت لزوم مقاوم سازی اتصالات سازه در برخی قسمت‌های بیمارستان اجرا شود و الزاماً در هنگام توسعه فضاهای فیزیکی جدید و نصب تجهیزات پزشکی سنگین مانند <i>CT/MRI</i> و موارد مشابه، مطالعات مقاوم سنجی صورت پذیرد.</p> <p>در بخش‌ها/ واحدها اجزای غیر سازه‌ای ساختمان مانند تابلوها، کمدها و وسایل و تجهیزات پزشکی / اداری جهت جلوگیری از سقوط یا پرتاب شدن در صورت بروز حوادثی مانند زلزله ثابت شده باشند. نتایج ارزیابی ایمنی بیمارستان در اتاق رئیس بیمارستان، مدیر خدمات پرستاری و اتاق مرکز عملیات فوریت^۲ جهت بررسی و پایش برنامه‌ها، حسب شود.</p>	

¹ FHSI

² HCC



الف-۲-۳ بر اساس ارزیابی خطر و ایمنی بیمارستان و اولویت‌های مشخص شده، اقدامات پیشگیرانه برنامه‌ریزی و اجرا شده‌است. سطح دو

- ❖ طرح و بررسی نتایج ارزیابی عوامل خطر آفرین در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا
- ❖ تعیین اثرات احتمالی عوامل خطر آفرین اولویت دار بر بیمارستان و برآورد خطر
- ❖ طرح و بررسی نتایج ارزیابی ایمنی بیمارستان در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا
- ❖ تعیین اولویت‌های برنامه ای کاهش خطرات
- ❖ برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌های کاهش خطر

بعد از تعیین پنج مخاطره اول بیمارستان نیاز به تعیین اثرات احتمالی آن‌ها بر بیمارستان است. به این اقدام ارزیابی خطر گفته می‌شود. تأثیرات مخاطرات بر سیستم‌های بهداشتی درمانی در سه حوزه جانی، مالی و عملکردی بروز می‌نماید که شامل تأثیر بر سلامت افراد (متجر به مرگ یا جراحت)، تأثیر بر اسوا و دارایی (از بین رفتن دستگاه‌ها، تخریب بخش‌ها/واحد‌ها/...) و یا اختلال در عملکرد بیمارستان می‌شوند.

➤ برای پنج مخاطره جدول مشابه نمونه ذیل تکمیل شود

مخاطرات	حوزه‌های تاثیر گذاری	خطرات احتمالی در هر حوزه	علل تاثیر گذاری (اسبب پذیری بالا و ظرفیت پایین)
قطع گازهای طبی	سلامت افراد (بیماران و کارکنان) اسوا و دارایی‌ها خدمات (استمرار خدمت)	مرگ بیماران اختلال در خدمت رسانی به بیماران بخش اورژانس و ویژه کنسل شدن اعمال جراحی	نبود اکسیژن ساز در بیمارستان تعداد ناکافی کپسولهای گاز طبی مستعمل بودن اتصالات لوله

بر اساس ارزیابی خطر و ایمنی بیمارستان و اولویت‌های مشخص شده اقدامات پیشگیرانه برنامه‌ریزی و اجرا می‌شوند. این نتایج در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا مطرح می‌شوند و برای آن برنامه‌ریزی انجام می‌شود. نتایج ارزیابی *FHSI* در سه حیطه ایمنی سازه ای، غیرسازه ای و عملکردی در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا مطرح شده و برای محورهای که ایمنی نسبی و یا کم نداشته اند، اقدامات اصلاحی تعیین می‌شوند و منطبق با برنامه تعیین شده اقدامات اصلاحی توسط مسئولان واحدها/بخش‌های مرتبط اجرا می‌شود.

الف-۲-۲ اقدامات پیشگیرانه برای ایمنی و امنیت زیرساخت‌های حیاتی و محیط بیمارستان برنامه‌ریزی و انجام می‌شود. سطح یک

الف-۲-۱ اقدامات پیشگیری و کنترل آتش سوزی در بیمارستان برنامه‌ریزی و اجرا می‌شوند. سطح یک

- ❖ شناسایی مکان‌های خطر آفرین جهت آتش سوزی و اجرای اقدامات پیشگیرانه
- ❖ تأمین خاموش کننده‌های دستی آتش برای بخش‌ها/واحدها و فضاهای مختلف
- ❖ وجود سیستم اعلام حریق و دتکتورهای حساس به دود/حرارت آماده و سالم
- ❖ اخذ تاییدیه استانداردهای آتش نشانی از سازمان آتش نشانی منطقه
- ❖ در دسترس بودن رانین آتش نشانی آموزش دیده در بیمارستان در تمام شیفت‌ها و ساعات شبانه روز
- ❖ برنامه‌ریزی، آموزش و تمرین مستمر کارکنان
- ❖ پایتخت مداوم سیستم ایمنی حریق از طریق بازرسی‌های دوره‌ای منظم

➤ سازمان N.F.P.A مکان‌ها را از نظر پتانسیل خطر آتش سوزی به استانداردهای خاموش کننده‌ها به سه دسته نموده است

۱. مکان با خطر کم: مکانی است که تنها مقدار کمی مواد قابل احتراق در محل وجود دارد و در نتیجه آتش سوزی کوچکی بیش بینی خواهد شد.
 ۲. مکان با خطر متوسط یا معمولی: مکانی است که میزان مواد قابل احتراق در محل بطور متوسط باشد و در نتیجه آتش سوزی در حد متوسط قابل بیش بینی است.
 ۳. مکان پرخطر: در این مکان‌ها میزان مواد قابل احتراق موجود در آن نسبتاً زیاد است و در نتیجه آتش سوزی قابل توجهی بیش بینی می‌شود.
- مکان‌های پرخطر از جهت رعایت استانداردهای مربوط به پیشگیری از آتش سوزی، توجه بیشتری را می‌طلبند. در بیمارستان این مکان‌ها شامل موتورخانه، محل دیگ‌های بخار، محل ذخایر سوختی، محل نگهداری گازهای طبی، بایگانی، اتاق سرور و ... هستند. اقدامات پیشگیرانه شامل تعیین و تهیه امکانات لازم و تجهیزات جهت شناسایی سریع و اطفاء حریق، مشخص نمودن مکان‌ها و آموزش به کارکنان برای رعایت ایمنی در این مکان‌ها است.

¹ Risk Assessment

² National Fire Protection Association



➤ در مناطق پرخطر بیمارستان لازم است موارد ذیل رعایت شود

۱. تابلو و علائم مشخص نمودن این مکانها در بیمارستان نصب شود.
۲. مخازن خلویی مواد قابل اشتعال، در فاصله ای ایمن از بیمارستان، تأسیسات الکتریکی، دیگهای بخار، آشپزخانه و سایر مناطق مستعد برای آتش سوزی قرار گیرد.
۳. مخازن واقع شده در محل های سرپوشیده باید دارای تکیه گاه محکم بوده و محل آن از مواد غیر قابل اشتعال ساخته شده باشد.
۴. جایگاههای مخازن سوخت باید علامت گذاری شده، روشنایی مناسب و حصارکشی داشته و نظارت کافی و در صورت امکان هشدار امنیتی داشته باشند، اما در عین حال دسترسی بر مبنای مسئول به آنها آسان باشد.
۵. وسایل و مایعات محلول های قابل اشتعال در مکان های ایمن که به صورت اختصاصی برای این مواد در نظر گرفته شده است، ذخیره شوند.
۶. منابع تأمین کننده اکسیژن و مخازن ذخیره آن با توجه به خطر انفجار خارج از ساختمان بیمارستان قرار گیرد. جایگاه ایستی به آسانی در دسترس بوده و در معرض مخاطرات (سپیل، منابع حرارتی و سقوط اشیاء و اجسام معلق در هوا) قرار نداشته باشد.

➤ تعیین تعداد و نوع خاموش کننده های دستی

برحسب موقعیت هر بخش/ واحد و نوع آتش سوزی^۱ که احتمال وقوع دارد نوع و اندازه خاموش کننده ها متفاوت است. طبق جدول ذیل از خاموش کننده های متفاوتی استفاده می شود. البته در هر بخش/ واحد که احتمال چند نوع آتش سوزی وجود دارد، از دو یا چند نوع کپسول استفاده می شود.

نوع حریق	نوع سوخت	خاموش کننده
A	مواد قابل احتراقی که پس از سوختن از خود خاکستر بر جای می گذارند (مثل کاغذ، چوب، پارچه)	آب
B	مایعات قابل اشتعال یا جامداتی که به راحتی قابلیت مایع شدن دارند (مثل الکل، استون، بنزین)	پودر و گاز، CO ₂ و کف
C	گازهای مایع و مایعاتی که بر راحتی به گاز تبدیل می شوند (مثل گاز شهری)	پودر و گاز، CO ₂ و کف
D	فلزات اکسیدشونده (نظیر منیزیم، سدیم، پتاسیم)	پودرهای ویژه
E	وسایل الکتریکی و الکترونیکی	CO ₂

➤ نکاتی مهم در خصوص استفاده از خاموش کننده های دستی

۱. تعداد و نوع خاموش کننده های دستی مورد نیاز به تفکیک بخش ها/ واحدها و فضاهای مختلف، مشخص شده و با تاریخ معتبر و آماده خاموش کردن آتش باشد
۲. وسایل اطفا حریق باید نزدیک ورودی و خروجی های بخش قرار گیرد.
۳. فاصله قرارگیری کپسول ها برای حریق جامدات ۲۱ متر و حریق مایعات ۱۵ متر باشد.
۴. کپسول ها باید به آسانی در دسترس و در معرض دید نصب شوند.
۵. کپسول ها در ارتفاع مناسب بنحوی که فاصله انتهای کپسول از کف ۱،۲ متر باشد نصب باشد.
۶. ثبت نتایج تعمیر و نگهداری (نشارژ مجدد) کپسول های آتش نشانی و شیرهای آتش نشانی موجود باشد.
۷. راهنمای عملکرد سیستم های حفاظت از آتش سوزی موجود است و نیز نتایج تعمیر و نگهداری کپسول ها و شیرهای آتش نشانی ثبت شده باشد.
۸. نقشه محل قرارگیری شیرهای آتش نشانی در چندین محل به ویژه در اتاق عملیات فوریت وجود داشته باشد.
۹. در کنار تابلو برق های بیمارستان، کپسول CO₂ قرار گیرد.
۱۰. برنامه ریزی آموزشی برای کارکنان جهت اطفاء حریق و استفاده از انواع خاموش کننده برنامه ریزی و اجرا شود.

➤ سیستم اعلام حریق و دتکتورها

نوع و حساسیت دتکتورها، با توجه به خطر حریق در هر محل تعیین شود. به همین دلیل لازم است در بخش های مختلف بیمارستان بر اساس صلاح دید کارشناس فنی حریق، انتخاب شود. محدوده حفاظتی دتکتورها بستگی به حساسیت آن و تراکم محصولات حریق دارد، به نحوی که تعیین محدوده مؤثر آن، بر اساس توصیه های سازنده و با آزمایشات کنترل کیفی صورت می پذیرد. دتکتورها باید تابع یکی از استانداردهای معتبر بین المللی^۲ یا استاندارد ملی^۳ باشد.

^۱ A,B,C,D,E

^۲ BS و NFPA

^۳ ISIRI-3706



➤ رابطین آتش نشانی

کارکنان بیمارستان باید با اصول اولیه کار با کپسول‌های آتش نشانی و اطفاء حریق آشنایی داشته باشند ولیکن نیاز است افرادی بصورت تخصصی تر در مورد اطفاء حریق، کار با فایرباکس‌ها، شیرهای آتش نشانی و ... آموزش دیده باشند. رابطین آتش نشانی مسئول برنامه‌های آموزشی، پیشگیری و عملیات اطفاء حریق هستند این افراد با هماهنگی آتش نشانی منطقه یا استان، دوره‌های تخصصی آتش نشانی را می‌گذرانند.

➤ نوره آموزشی لازمی برای رابطین آتش نشانی

۱. مباحث تئوری ایمنی در برابر آتش سوزی.
۲. کار با کپسول آتش نشانی و جعبه‌های آب آتش نشانی به منظور کسب مهارت عملی
۳. نگهداری ایمن از مواد قابل اشتعال و خطرناک

فهرست رابطین آتش نشانی در تمام ساعات شبانه روز در اختیار واحد/ بخشهای بیمارستان قرار دارد همچنین در اتاق عملیات فوریت^۱، دفتر پرستاری، مدیریت و تلفن خانه بیمارستان موجود باشد تا در صورت لزوم فراخوان شوند. این افراد بایستی از شرح وظایف خود مطلع باشند.

➤ نحوه بایش مداوم سیستم ایمنی حریق

۱. تدوین چک لیست و کنترل منظم و دوره‌ای خاموش کننده‌ها جهت اطمینان از شارژ و آماده استفاده بودن خاموش کننده‌ها
۲. تاریخ مصرف وسایل اطفای حریق باید بصورت دوره ای کنترل شود.
۳. نتایج تعمیر و نگهداری (شارژ مجدد) کپسول‌های آتش نشانی و شیرهای آتش نشانی نگهداری شود.
۴. تعداد کافی از فایرباکس‌ها سالم در محل وجود داشته باشد.
۵. کسب اطمینان از اینکه این شیرهای فایرباکس‌ها دارای منبع دائمی آب برای استفاده حین رخداد آتش سوزی هستند.
۶. شلنگ‌ها به شیرهای آتش نشانی متصل و از طول کافی برخوردار و دارای منابع آب مخصوص به خود باشند.
۷. شبکه لوله‌ها ی آب، بمب‌ها و اجزای فرعی، منحصر به شیرهای آتش نشانی باشد.
۸. به صورت دوره‌ای وجود فشار آب کافی کنترل شود.
۹. نقشه محل قرارگیری شیرهای آتش نشانی در چندین محل به ویژه در اتاق عملیات فوریت موجود باشد.

¹HCC



سطح یک	الف-۲-۲-۲ ایمن سازی سطوح و دیوارها در محیط بیمارستان برنامه ریزی و اجرا می شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ رعایت اصول ایمنی سطوح و دیوارها، پنجره ها، کف پوش ها، درب های ورودی و خروجی و سایر سطوح ❖ انجام اقدامات ایمنی جهت پیشگیری از سقوط بیماران و مراجعین در محیط های پر مخاطره ❖ انجام اقدامات ایمنی در محوطه بیمارستان ❖ رعایت اصول ایمنی وسایل و تجهیزات پزشکی بیمارستان و مهار نمودن تجهیزات ❖ انجام بازدیدهای دوره ای جهت بررسی ایمنی محیط بیمارستان در صورت لزوم انجام اقدامات اصلاحی پیشگیرانه ❖ عدم وجود هرگونه عامل مخاطره آمیز در سطوح و دیوارها برای کارکنان، مراجعین و بیماران
	<p>➤ نکاتی مهم در اجرای ایمن سازی سطوح و دیوارها</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. به منظور حفظ ایمنی بیماران و جلوگیری از سقوط در اتاق ها، راهروها و سرویس های بهداشتی دستگیره اتکا نصب شود. ۲. در صورت وجود رمپ در ورودی بخش ها یا در محوطه بیمارستان، سطوح آن ها مشبک شده تا اصطکاک کافی نداشته باشند. ۳. برای رمپ ها و مسیرهایی که همسطح یا کف نیستند، زرده پیش بینی شده باشد. ۴. راه پله ها و رمپ ها عاری از موانع یا ایتمهایی است که می توانند سقوط کنند و باعث انسداد مسیر شوند. ۵. راه پله ها و رمپ ها باید زرده هایی داشته باشند که در حداکثر ظرفیت خود به صورت ایمن قابل استفاده باشند. ۶. پله ها در راه پله دارای لبه واضح و مشخص و سالم بدون شکستگی لبه باشند. ۷. در محل هایی که رمپ در مجاورت دیوار قرار دارد روی سرتاسر دیوار دستگیره در ارتفاع مناسب نصب شده باشد. ۸. کف می بایست در برابر آب مقاوم بوده، لیز و سست نبوده و دارای شکاف به ویژه در محل های پر تردد و اصلی نباشد. ۹. کف ساختمان در مقابل آب مقاوم بوده، لیز نباشند، ترک خوردگی یا لق شدگی به خصوص در محل های مهم و مکان های پر رفت آمد نداشته باشد. ۱۰. کف ساختمان ناهموار یا فرورفته نباشد. چرا که منجر به سقوط افراد و یا واژگونی برانکار و تجهیزات می شود. ۱۱. در مکان هایی که تعداد زیاد لوله ها، کابل یا کف های کاذب هست، کف برای مقاومت در برابر فشارهای جانبی زمین لرزه با بست های جانبی تقویت شده باشد. ۱۲. مناطق ناهموار یا فرورفتگی که منجر به سقوط افراد یا واژگونی تجهیزات شود برطرف شود. ۱۳. جهت جلوگیری از سقوط اجسام و تجهیزات همه آن ها به دیوار ثابت شوند. ۱۴. قفسه دارها، کمد ها و کابین ها و تابلوها و قابها تا حد امکان به صورت ایمن و استاندارد به دیوارها فیکس و مهار شوند. ۱۵. حتی الامکان از قابها و تابلوهای مقاوم و سبک استفاده شود. ۱۶. تجهیزات نصب شده روی دیوارها به صورت ماهانه توسط واحد ساختمان بازدید و از استحکام آنها اطمینان حاصل گردد. ۱۷. در بازدیدهای دوره ای کلیه قسمت های بیمارستان از لحاظ ایمنی کنترل می شوند. ۱۸. کلیه لبه های تیز و نشی های در بخش های بستری و اتاق های عمل توسط فریبه گیر از جنس مناسب محافظت شده باشد. ۱۹. خطوط انتقال برق (فشار ضعیف و فشار قوی) در محوطه بیمارستان شناسایی و هریم آن ها مشخص شود. ۲۰. روشنائی کافی در قسمت های مختلف داخلی و محوطه بیمارستان که نیاز به روشنائی جهت تردد و انجام فعالیت دارند، تأمین شود. ۲۱. راهروهای داخلی عاری از موانع برای اطمینان از سهولت حرکت کارکنان، برانکار و تجهیزات پزشکی باشند.



سطح یک	<p>الف-۲-۳- پله فرار با علائم راهنمای واضح، دارای نرده و پلکان در همه طبقات بیمارستان بدون هیچ مانعی قابل دسترسی است.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ پیش‌بینی پله فرار در صورت طبقاتی بودن بیمارستان ❖ وجود نرده پلکان برای تمام راه پله‌ها ❖ باز بودن مسیرهای خروج و پلکان‌های اضطراری در تمام اوقات شبانه روز ❖ عدم وجود هرگونه موانعی در مسیر خروج و پلکان‌های اضطراری
	<p>➤ نکات مهم در مسیرهای خروج و پله فرار</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. درب‌های ورودی عاری از هرگونه مانع بوده و به اندازه کافی برای عبور بیماران و پرسنل در شرایط اضطراری عریض باشند. ۲. درب‌ها به سمت خارج باز شوند تا در صورت هجوم جمعیت مانعی در برابر خروج آنها وجود نداشته باشد. ۳. توجه ویژه به وضعیت درب‌ها و ورودی‌های بخش‌های مهم مانند بخش اورژانس و بخش مراقبت‌های ویژه و اتاق عمل شود. ۴. علائم راهنمایی واضح و از نوع شب نما به سمت پله فرار از داخل راهروها تا پله فرار در هر بخش / واحد نصب شده و روشنایی اضطراری در مسیر پله‌های فرار تأمین شود. ۵. دسترسی به پلکان‌های خارجی در هر طبقه از طریق درب‌های مقاوم در برابر آتش ضریبه و دود بند صورت پذیرد. ۶. کف باگردها و پلکان‌های خارجی با سازه فلزی باید از نوع ورق فلزی آجدار پوشش داده شود.
سطح یک	<p>الف-۲-۴- آسانسورهای فعال تحت نظارت‌های مستمر ایمنی و فنی بوده و دارای گواهینامه استاندارد / گواهی ایمنی از اداره کل استاندارد است.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ اخذ گواهینامه استاندارد/گواهی ایمنی از اداره کل استاندارد برای تمامی آسانسورهای فعال بیمارستان ❖ تعمیر و نگهداری آسانسورها توسط شرکت‌های دارای صلاحیت از اداره استاندارد آسانسور منطقه ❖ برنامه‌ریزی و انجام سرویس‌های دوره‌ای و پیشگیرانه آسانسورها توسط شرکت‌های دارای صلاحیت از اداره استاندارد آسانسور ❖ همسطح بودن ورودی آسانسور با دسترسی پلانی چرخدار یا برانکار ❖ نصب دستگیره‌های کمکی در دیواره‌های آسانسور <p>دستورالعمل استفاده از آسانسورها در زمان حریق و یا تخلیه اضطراری تدوین و اطلاع رسانی شود.</p>
سطح یک	<p>الف-۲-۵- انبارهای بیمارستان با شیوه ایمن مدیریت می‌شوند.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ تدوین دستورالعمل انبارش ایمن با حداقل‌های مورد انتظار ❖ آگاهی و عملکرد کارکنان مرتبط بر اساس دستورالعمل انبارش ایمن ❖ نظارت مدیریت بیمارستان بر اجرای دقیق دستورالعمل انبارش ایمن
	<p>➤ حداقل‌های مورد انتظار در دستورالعمل انبارش ایمن</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. انبارش مستقل مواد شیمیایی و قابل اشتعال برنامه‌ریزی شود. ۲. اصول ایمنی و تکنیک‌های هشداردهنده در فضای خارج از انبار اصلی که مجهز به وسائل آتش نشانی رعایت شود. ۳. از قفسه بندی‌های فلزی مستحکم و غیر قابل اشتعال استفاده شود. ۴. از درب فلزی و فاقد شکاف در انبار استفاده شود. ۵. سیم کشی توکار برق و از داخل لوله‌های مخصوص ضد ضربه و اشتعال باشد. ۶. از کلیدها و پریزها به روشیایی‌های ضد جرقه استفاده شود. ۷. چیدمان طبقه بندی شده و ایمن از جمله نگهداری مواد سوزاننده و اشتعال‌زا در طبقات پایین انجام شود. ۸. از علائم هشداردهنده متنوعیت سیگار و سایر موارد ایمنی استفاده شود. ۹. کف انبار صاف و فاقد هرگونه لغزندگی باشد. ۱۰. استحکام کافی و زیر سازی مناسب کف انبار از جهت ایمنی در مقابل آتش سوزی و زلزله ایجاد شود. ۱۱. انبار روشنی و تهویه مناسب داشته باشد. ۱۲. جعبه کمک‌های اولیه در انبار پیش بینی شود. ۱۳. از ترده محافظ در پشت پنجره‌های انبارها استفاده شود. ۱۴. نکات نگهداری اجزاء غیرسازه‌ای در هنگام زلزله (مانند قفسه‌ها و ...) رعایت شود. ۱۵. مواد قابل اشتعال در یک انبار امن خارج از ساختمان بیمارستان نگهداری شده و محل آن با تصویر گرافیکی یا علائم راهنما مشخص گردد. ۱۶. چک لیستی بر اساس دستورالعمل انبارش ایمن تدوین و بررسی دوره‌ای آن توسط مدیریت بیمارستان انجام و موارد عدم انطباق اصلاح شود.



سطح یک	<p>الف-۲-۶- حوادث در بیمارستان گزارش، بررسی، تحلیل شده و اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود مؤثر طراحی و اجرا می‌شود.</p>
<p>❖ تدوین روش اجرایی گزارش حوادث بیمارستان و اطلاع رسانی آن به تمامی کارکنان</p> <p>❖ گاهی و عملکرد کارکنان مطابق روش اجرایی در زمان بروز حوادث در سطح بیمارستان</p> <p>حوادث داخلی حداقل در حیطه‌های ساختمان، تاسیسات، برق اضطراری، سیستم اطلاعات بیمارستان، خرابی تجهیزات اصلی و سایر موارد با توجه به شرایط بیمارستان در روش اجرایی تعریف می‌شود. برای پیشگیری از بروز حوادث مشابه در بیمارستان، بایستی حوادث گزارش شده در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلافاصله تحلیل ریشه‌ای شده و در صورت لزوم اقدامات اصلاحی/پیشگیرانه/ برنامه بهبود تدوین و اجرا شود.</p>	
سطح دو	<p>الف-۲-۷- هرگونه تغییر کاربری در بیمارستان با رعایت اصول ایمنی و مقررات مرتبط انجام می‌شود.</p>
<p>❖ انجام مطالعات مقاوم سنجی قبل از هرگونه تغییر کاربری/ توسعه فضای فیزیکی</p> <p>❖ انجام مطالعات مقاوم سنجی قبل از نصب تجهیزات پزشکی سنگین مثل CT scan MRI</p> <p>❖ اخذ مجوزهای مربوط به هرگونه توسعه یا تغییر کاربری از وزارت بهداشت و سایر مبادی قانونی مربوط</p> <p>ایجاد تغییرات در بخش‌های مختلف بیمارستان بدون در نظر گرفتن تأثیر آن بر کاهش مقاومت سازه در برابر مخاطرات و حوادث، باعث افزایش آسیب پذیری ساختمان و ساکنان آن می‌شود. لذا هرگونه تغییر کاربری در بیمارستان می‌بایست به توجه به طرح جامع درمانی بیمارستان که بر اساس اصول سطح بندی و ضوابط مهندسی تدوین شده است صورت پذیرفته و به تایید دفتر فنی و مهندسی دانشگاه رسیده باشد.</p>	
سطح دو	<p>الف-۲-۸- بیمارستان در خصوص بدافند غیر عامل اقدامات ایمنی را برنامه ریزی و اجرا می‌نماید.</p>
<p>❖ برنامه ریزی و تامین امنیت فیزیکی بیمارستان با رعایت اصول تکریم انسانی و با محوریت حفاظت فیزیکی</p> <p>❖ برنامه ریزی و انجام اقدامات ایمنی شامل ساختارها، مواقع فیزیکی و کنترل دسترسی‌ها</p> <p>❖ استفاده از دوربین‌های مدار بسته بدون نقض حریم خصوصی بیماران</p> <p>❖ استفاده از قفل‌ها و آژیرها برای مناطق حساس و مهم بیمارستان</p> <p>❖ برنامه ریزی و تامین ایمنی محل ذخیره آب، مواد غذایی، دارو و تجهیزات، سوخت با محوریت کمیته مدیریت خطر حوادث و بلافا</p> <p>❖ برنامه ریزی و تامین ایمنی بر سیستم‌های ارتباطی شبکه‌های کامپیوتری، سایت بیمارستان و سیستم اطلاعات بیمارستان</p> <p>❖ ایجاد نظام‌های گزارش فوری موارد غیر معمول بیمارهای نوپدید توسط کارکنان مرتبط</p> <p>❖ ایجاد نظام‌های گزارش فوری موارد تخلفات مدنی یا احتمالات خرابکاری و نزدی و کودک/ آدم ربایی و سایر مصادیق به تشخیص بیمارستان</p> <p>نسب هرگونه دوربین مدار بسته یا هر شریطی و در هر بخشی با دید مستقیم بر بالین بیماران، نقض حریم شخصی بیماران است.</p>	
سطح	<p>الف-۲-۳- برنامه ارزیابی، نگهداری و راهبری ایمن سیستم‌های مکانیکی و الکتریکی تدوین شده و اجرا می‌شود.</p>
سطح یک	<p>الف-۲-۱- انرژی الکتریکی مستمر با شرایط ایمن برای بیمارستان برنامه ریزی و تامین می‌شود.</p>
<p>❖ آماده به کار بودن ژنراتور، ژنراتورهای اصلی برق اضطراری بیمارستان، با تعداد، ظرفیت و کارایی متناسب با شرایط بیمارستان</p> <p>❖ آماده به کار بودن حداقل یک دستگاه ژنراتور جهت پشتیبانی ژنراتورهای اصلی برق اضطراری</p> <p>❖ بایش عملکرد و آمادگی ژنراتورهای اصلی و پشتیبان و سامانه‌های برق اضطراری</p> <p>❖ تغذیه بیمارستان از دو شبکه انتقال نیروی برق شهری مجزا</p>	
<p>دستگاه‌های دیزل ژنراتور از مهمترین دستگاه‌های مرکز درمانی می باشد. لذا قطع برق حتی به مدت کوتاه نیز ممکن است منجر به مرگ یا آسیب جدی به بیماران شود.</p> <p>➤ اهم نکات در مدیریت ژنراتور</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. وجود شناسنامه برای دستگاهها ۲. تعمیرات و نگهداری بمواقع ۳. سرویس‌های پیشگیرانه ۴. ارزیابی مستمر و بدون براساس چک لیست ۵. ثبت سوابق تعمیراتی در شناسنامه <p>بررسی روزانه ژنراتورها از نظر عملکرد و ایمنی با استفاده از چک لیست و اطمینان از صحت عملکرد دستگاه و باتری‌ها، بررسی منابع سوخت، الکترومپم گازوئیل و اتصال آن به برق اضطراری- اتصال روشنایی اتاق به برق اضطراری، گرمکن‌ها، ثبت ساعت کارکرد و زمان تمویض روغن و فیلترها، بررسی مایع خنک‌کننده و ضدیخ صورت می‌پذیرد. بایستی از تامین ذخیره سوخت به میزان کافی (برای یک هفته) برای عملکرد ژنراتورها اطمینان حاصل می‌شود. مسیر مناسب ورودی و خروجی هوا، محل مناسب خروجی بودکش و جود تیلو کنترل، راه‌اندازی و قرارگیری در مدار خودکار (چنج‌وور) با رعایت منبایل ایمنی و حفاظتی انجام شود.</p> <p>☞ به دستورالعمل تأمین برق ایمن در مؤسسات پزشکی شماره ۴۰۲/۲۶۴۳۸ د مورخ ۹۵/۰۹/۰۳ رجوع شود.</p>	



سطح یک	الف-۲-۳-۲ توزیع انرژی الکتریکی بیمارستان با رعایت اصول ایمنی و الزامات مربوط برنامه ریزی و اجرا می شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ اتصال به زمین توزیع انرژی الکتریکی بیمارستان دارای سیستم نول و ارت جدا از هم ❖ استفاده از ترانسفورمتر یک به یک (ایزوله) در توزیع انرژی الکتریکی بخش های مراقبت ویژه و اتاق عمل ❖ تأییدیه بازرسی و تست چاه ارت توسط مراجع ذیصلاح ❖ برنامه ریزی و ارزیابی دوره ای تابلوهای برق اصلی، فرعی و تابلوهای درون بخشی بیمارستان ❖ تدوین و اجرای برنامه نگهداری و ارزیابی دوره ای از تابلوهای ایزوله بیمارستان
	<p>➤ چاه ارت</p>
	<p>به دلیل تماس و ارتباط الکتریکی تجهیزات پزشکی با بدن بیماران کلیه بخش های درمانی، تشخیصی و کلیه قسمت هایی که دارای تجهیزات پزشکی هستند، باید مجهز به سیستم ارتینگ (اتصال به زمین) باشند. وجود ارت در مراکز درمانی جزو الزامات اساسی است تعداد چاه ارت می بایست متناسب با حجم تجهیزات مرکز درمانی (میزان آمپر مصرفی) باشد. دستگاه های بر مصرف مانند آنژیوگرافی بایستی دارای چاه ارت مستقل در نزدیکی تابلوی اصلی توزیع برق خودش باشد.</p> <p>ارت مناسب و اتصال به زمین بنده تجهیزات در مراکز درمانی علاوه بر حفاظت الکتریکی پرسنل و بیماران و مراجعان در مقابل جریان های ناشی، پارازیت ها و نویزهای ناشی از خود بیمار، تخت ها و تجهیزات اطراف بیمار را نیز که از طریق امواج الکترومغناطیسی موجود در فضا القاء می شوند (مانند موبایل، تلویزیون و ...) را از بین می برد. اندازه پری ارت مرکزی و مقاومت زیر ۲ اهم آن همچنین کنترل همبندی ها در تمامی بخش های درمانی الزامی می باشد. اطمینان از استفاده پریزهای ارت دار، سه همراهی های ارت دار و همچنین کنترل سفت و محکم بودن اتصالات ارت علی الخصوص در اتاق های عمل بسیار ضروری می باشد. محل اتصالات سیم ارت باید بصورت دوره ای بازدید و مقاومت سیم زمین اندازه گیری شود. سیستم های نیرو و منابع تغذیه مورد استفاده در تاسیسات برق بیمارستان متناسب با موارد کاربری در بخش ها و واحدها از انواع TN-S و یا IT (تابلو ایزوله) است. سیستم توزیع برق IT در فضاهای اتاق عمل و فضاهایی که تجهیزات الکتریکی با بدن باز بیمار در تماس است (آنژیوگرافی، بخش های ویژه و ...) الزامی است در این فضاها تجهیزات بایستی از این سیستم تغذیه الکتریکی شوند. به منظور تدوین نیروی برق و اعمال استانداردهای ایمنی و پیشگیری در برابر آتش سوزی و انفجار و همچنین محافظت بیماران و افراد در برابر شوک و برق گرفتگی در مناطق معینی از بیمارستان مانند اتاق های عمل، زایمان و همچنین بخش های ویژه باید از سیستم برق ایزوله (سیستم IT) استفاده شود.</p>
	<p>➤ نگهداری تابلو برق های اصلی و فرعی، تابلو برق ایزوله</p>
	<p>یکی از نکات اساسی سیستم توزیع برق، تابلوهای برق در بیمارستان است. نگهداری از تابلوها در بخش ها اعم از تابلوهای اصلی پست برق و تابلوهای فرعی و تابلوهای درون بخشی بسیار ضروری است. هر ماه بایستی به صورت انواری تابلوها بطور کامل بررسی و آچارکشی و نظافت شوند. اطمینان از انجام عملیات مذکور و همچنین انجام اندازه گیری های اولیه جریان در فازهای مختلف اطمینان از توانی فاز و یکسان تقسیم شدن جریان در تابلوهای ۳ فاز بسیار مهم است. برای تابلوهای برق ایزوله هم موارد مذکور لازم الاجرا می باشد. در تابلوهای ایزوله چک کردن ترانس و ایزوله بودن برق خروجی باید حتماً بطور انواری چک گردیده چرا که هرگونه نشت جریان و یا عملکرد ناصحیح ترانس باعث آسیب به بیمار می شود.</p>
	<p>➤ برنامه ارزیابی حداقل شامل موارد ذیل است</p>
	<ol style="list-style-type: none"> ۱. اندازه گیری منظم ارت مرکزی و تأیید مقاومت زیر ۲ اهم آن و همچنین کنترل همبندی ها در تمامی بخش های درمانی ۲. کنترل محکم بودن اتصالات ارت مخصوصاً در اتاق های عمل، استفاده از پریزهای ارت دار و سه راهی های ارت دار ۳. بررسی و آچارکشی و نظافت کامل تابلوها بصورت ادواری ۴. انجام اندازه گیری جریان در فازهای مختلف و تقسیم یکسان جریان در تابلوهای ۳ فاز <p>تابلو برق ها باید دارای قفل مناسب بوده و از دسترسی افراد غیرمجاز محافظت شوند. بریزهای برق پوی اس و برق اضطراری مشخص شوند. از کفپوش عایق مناسب جلوی تمامی تابلوهای برق استفاده شود. از بانک های خازنی جهت اصلاح ضریب توان و کاهش هزینه برق (صفر شدن هزینه توان راکتیو در قبض برق) استفاده شود. ترانسفورمتر یک به یک (ایزوله) در بخش های مراقبت ویژه و اتاق عمل فعال باشد. برنامه نگهداری و ارزیابی دوره ای از تابلوهای ایزوله بیمارستان (در تدوین برنامه نگهداری و ارزیابی دوره ای از تابلوهای ایزوله، چک کردن ترانس و ایزوله بودن برق خروجی گنجانده شود) تدوین و اجرا شود. بایستی مراقب بود چرا که هرگونه نشت جریان و یا عملکرد ناصحیح ترانس باعث آسیب به بیمار خواهد شد. در بریزهای برق مرتبط با استفاده بیماران، علاوه بر استفاده از فیوزهای مناسب از کلید جریان باقی مانده (محافظ جان) استفاده شود.</p>
	<p>که به دستورالعمل تأمین برق ایمن در مؤسسات پزشکی شماره ۴۰۲/۲۶۴۳۸ د مورخ ۹۵/۰۹/۰۳ رجوع شود.</p>



سطح یک	<p>الف-۲-۴- ارزیابی، نگهداری و راهبری سامانه‌های تامین بخار بیمارستان برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ تدوین و اجرای برنامه انواری سرویس و نگهداری پیشگیرانه دیگ‌های بخار تامین بخار استریلیزاسیون^۱ و لنژی ❖ انجام تست هیدرواستاتیک و صدور گواهینامه جهت دیگ‌های بخار توسط شرکت‌های ذیصلاح ❖ فشار بخار متناسب با نیاز دستگاهها و تامین پیوسته بخار مورد نیاز ❖ وجود دیگ بخار پشتیبان ❖ مدیریت سوابق تعمیرات سامانه‌های تامین بخار
	<p>مدیریت سوابق تعمیرات سامانه‌های تامین بخار شامل تاریخ تعمیر، شرح فعالیت انجام گرفته و قطعات تعویض شده و ارزیابی‌های منظم و دوره‌ای دستگاه‌ها و تجهیزات با استفاده از چک لیست‌های معین است. نصب رگولاتور در نزدیکی دستگاه‌ها جهت تنظیم فشار بخار ورودی، وجود حداقل یک دستگاه دیگ بخار دوگانه سوز با ذخیره سوخت کافی برای یک هفته و وجود دستگاه پشتیبان تامین بخار عملیات بلودان (زیرآبی دیگ بخار) در فواصل زمانی مناسب به صورت خودکار انجام شود. همچنین انجام سرویس‌های دوره‌ای و برنامه‌های پیشگیرانه تجهیزات مطابق با سامانه CMMS و ثبت فرآیندها در سامانه ضروری است.</p>
سطح یک	<p>الف-۲-۵- ارزیابی، نگهداری و راهبری سامانه‌های آب‌سانی بیمارستان برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ تدوین و اجرای برنامه انواری سرویس و نگهداری الکترو پمپ‌ها و شیرالات در قسمت آب‌سانی در بیمارستان منبع ذخیره آب شهر برای مصرف یک هفته آب بیمارستان در شرایط اضطراری ❖ وجود الکترو پمپ‌های ذخیره جهت اطمینان از تامین پیوسته آب ❖ نصب تجهیزات برقی در محلی بدون هرگونه احتمال آب گرفتگی ناشی از سرریز منبع یا ترکیدگی لوله ❖ فعال بودن سیستم آتش‌نشانی و منبع ذخیره آن ❖ مدیریت سوابق تعمیرات سامانه‌های آب‌سانی
	<p>مدیریت سوابق تعمیرات سامانه‌های تامین بخار شامل تاریخ تعمیر، شرح فعالیت انجام گرفته و قطعات تعویض شده و ارزیابی‌های منظم و دوره‌ای دستگاه‌ها و تجهیزات با استفاده از چک لیست‌های معین است. منظور از سامانه‌های آب‌سانی، تمامی دستگاه‌ها و تجهیزات وابسته به تامین، ذخیره‌سازی و انتقال آب مصرفی (آب شرب و آب گرم) به تمامی نقاط بیمارستان است. دستگاه‌ها و تجهیزات شامل الکتروپمپ‌ها، شیرالات، منابع ذخیره، لوله‌کشی‌ها و سایر ملزومات آن است. سرویس‌های دوره‌ای و برنامه‌های پیشگیرانه تجهیزات مطابق با سامانه CMMS انجام شود. منابع ذخیره آب در فواصل زمانی برنامه‌ریزی شده لایروبی شوند. کنترل کیفیت آب در چند نقطه مختلف از جمله در خروجی منبع ذخیره در فواصل زمانی برنامه‌ریزی انجام شود. کنترل سرریز آب از منابع و جلوگیری از هدر رفت آب به صورت فعال اجرا شود به نحوی که با پیش‌بینی ساز و کاری سرریز آب به ابراتور اطلاع رسانی شود. مدیریت کاهش مصرف آب در شرایط اضطراری به منظور استفاده بهینه از ذخیره آب موجود بایستی دارای برنامه مدون باشد که در شرایط بحران طبق آن عمل شود. در صورت اشتراک منبع ذخیره آتش‌نشانی با آب مصرفی، مکش الکتروپمپ‌های آتش‌نشانی در ارتفاع پایین‌تری قرار گیرد.</p>
سطح دو	<p>الف-۲-۶- منابع تغذیه بدون وقفه جریان برق جهت تجهیزات حیاتی، تامین شده و استفاده می‌شوند.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ تامین و استفاده از منابع تغذیه بدون وقفه جریان برق برای تجهیزات حیاتی اتاق عمل ❖ تامین و استفاده از منابع تغذیه بدون وقفه جریان برق برای تجهیزات حیاتی بخش‌های ویژه ❖ تامین و استفاده از منابع تغذیه بدون وقفه جریان برق برای تجهیزات حیاتی سایر بخش‌ها، واحدهای محل استقرار تجهیزات حیاتی ❖ بررسی منظم و دوره‌ای عملکرد دستگاه تغذیه بدون وقفه جریان برق و فعال شدن دستگاه پس از قطع جریان برق
	<p>سیستم‌هایی که از دیزل ژنراتور و مولد برای تولید برق اضطراری استفاده می‌کنند بدلیل اینکه موتور مکانیکی برای راه اندازی نیازمند زمان است، دارای تأخیر در وصل برق اضطراری خواهند بود. منابع تغذیه بدون وقفه جریان برق ابزار ذخیره کننده و تامین کننده برق است که بدون تأخیر بعد از قطع برق شهر و در عرض چند میلی ثانیه برق اضطراری را وصل نماید. اینگونه منابع تغذیه اضطراری معمولاً انرژی خود را از باتری تأمین می‌کنند بایستی در مکان‌هایی مانند اتاق عمل، اتاق سرور بیمارستان، بخش‌های ویژه و سایر تجهیزات که تأخیر چند ثانیه ای برق هم ممکن است مشکلاتی در آنها بوجود آورد نصب شود. همچنین تجهیزات حیاتی بخش اورژانس، دستگاه‌ها و تجهیزات حساس در آزمایشگاه و بانک خون و سایر موارد به تشخیص بیمارستان نیز می‌توانند از این منابع تغذیه بدون وقفه استفاده نمایند.</p>
	<p>دستورالعمل تامین برق ایمن در مؤسسات پزشکی شماره ۴۰۲/۲۶۴۳۸ د مورخ ۹۵/۰۹/۰۳</p>

¹ CSSD

² Uninterruptible power supply (UPS)



الف-۲-۴ برنامه آمادگی و پاسخ مؤثر و به موقع به حوادث و بلايا تدوين شده و بر اساس آن عمل می شود.

سطح	سطح یک
	<p>الف-۲-۴-۱ برنامه های آمادگی و پاسخ به حوادث و بلايا با شرایط ازدحام مصدومین، برنامه ریزی و اجرا می شوند.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ سازماندهی برای پاسخ به حوادث و بلايا در بیمارستان ❖ برنامه ریزی مدیریت مصدومین گنجه در زمان حوادث و بلايا ❖ برنامه ریزی مدیریت اطلاعات مصدومین در زمان حوادث و بلايا ❖ برنامه ریزی مدیریت کارکنان و داوطلبین در زمان حوادث و بلايا ❖ برنامه ریزی در زمینه ایمنی و امنیت محیطهای ارائه خدمت در زمان ازدحام مصدومین و مراجعین
	<p>سازماندهی برای پاسخ به حوادث و بلايا شامل طراحی سامانه هشدار اولیه، سامانه فرماندهی حادثه، تجهیز اتاق فرماندهی حادثه^۱، سطح بندی حادثه و فعال سازی برنامه ها، هماهنگی با سایر سازمان ها و نهادها می باشد.</p> <p>➤ سامانه هشدار اولیه^۲</p> <p>اولین قسمت از برنامه پاسخ به حوادث و بلايا، سامانه هشدار اولیه است و به گونه ای عمل می کند که آمادگی پاسخ بیمارستان به حادثه را با قابلیت های در دسترس به بالاترین سطح برساند و جمعیت در معرض خطر پیش از مواجهه با حادثه از آن آگاه شوند. کمیته مدیریت خطر حوادث و بلايا فهرست منابع خبری معتبر همراه با شماره تماس یا آن ها را تدوین نموده و در اختیار دفتر پرستاری و دفتر مدیریت بوده و نسخه ای از آن در اتاق فرماندهی حادثه قرار می گیرد. کمیته مدیریت خطر حوادث و بلايا فهرست موارد قابل گزارش به سوپروایزر و ستاد هدایت دانشگاه براساس آخرین دستورالعمل ایلاتی وزارت بهداشت را تدوین نموده و به تمام بخش ها، واحدها ابلاغ می نماید. در همین راستا حداقل انتظار می رود:</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. کارکنان در خصوص موارد قابل گزارش به سوپروایزر آموزش های لازم را دیده باشند. ۲. نحوه اطلاع رسانی و دریافت خبر از مراجع بالاتر را براساس آخرین دستورالعمل ایلاتی وزارت بهداشت تدوین شده و به اعضاء سامانه فرماندهی حادثه ابلاغ شود. ۳. اعضاء سامانه فرماندهی حادثه در خصوص سامانه هشدار اولیه، سطوح فعال سازی و نحوه ارتباط با مراجع بالاتر و ستاد هدایت آموزش های لازم را دیده باشند. <p>➤ سامانه فرماندهی حادثه بیمارستان^۳</p> <p>سامانه فرماندهی حادثه یک سامانه مدیریتی برای سازماندهی کارکنان، امکانات، تجهیزات و ارتباط برای پاسخی مؤثر به حوادث و بلايا است. تحت این ساختار، یک نفر به عنوان فرمانده، مدیریت حادثه را برعهده می گیرد. فرماندهی حادثه تنها جایگاهی است که همیشه و در هر وضعیتی از حادثه فعال می شود. این جایگاه علاوه بر فرماندهی، تدوین اهداف و مشخص نمودن استراتژی و اولویت ها را نیز به عهده دارد.</p> <p>➤ در کنار فرماندهی حادثه، چهار بست عملکرد مدیریتی دیگر نیز وجود دارد که همزمان با رهبری عملیات زیر نظر فرماندهی، واحدهای خود را هدایت می کنند</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. رئیس واحد عملیات برای هدایت اقدامات تاکتیکی مانند تریاژ، مراقبت از بیماران، درمان در استای اهداف تعیین شده برنامه و نیز هدایت منابع مورد نیاز ۲. رئیس واحد برنامه ریزی برای جمع آوری داده ها، اطلاعات و ارزیابی آن ها برای تصمیم گیری، تأمین اطلاعات مورد نیاز درباره منابع، تهیه مستندات برنامه عملیاتی حوادث و بلايا و تهیه مستندات لازم برای ارائه گزارش ها ۳. رئیس واحد پشتیبانی برای حمایت، تأمین منابع و دیگر اقلام ضروری و مورد نیاز برای دستیابی به اهداف عملیاتی تدوین شده توسط فرماندهی حادثه ۴. رئیس واحد اداری مالی برای نظارت و بررسی هزینه های مرتبط با حادثه، ثبت زمان کار، بازپرداخت هزینه ها و تحلیل بخارج، ثبت حضور و غیاب پرسنل
	 <p>سازماندهی فرماندهی حوادث بیمارستانی، جایگاه های اصلی</p>

1 HCC

2 Early Warning System (EWS)

3 Hospital Incident Command System (HICS)



➤ فرم‌اندھی می تواند بر اساس شرایط حادثه، افرادی را برای جایگاه‌های زیر انتخاب کند و بکار گیرد

۱. ارشد روابط عمومی که اطلاعات مرتبط با حادثه را برای کارکنان، مدیران داخلی و همچنین رسانه‌ها و سازمان‌های خارجی تأمین کرده و نقش سخنگو دارد.
۲. ارشد ایمنی که محل حادثه یا محل فعالیت کارکنان را برای اطمینان از ایمنی لازم همه کارکنان بررسی نموده و ایمنی را تأمین می‌نماید.
۳. ارشد رابط و هماهنگی که رابط بیمارستان با مرکز هدایت عملیات دانشگاه و سازمان‌های حمایت کننده بیرون از بیمارستان است.
۴. متخصص فنی و پزشکی که بر حسب موقعیت، به عنوان مشاور تخصصی فرمانده حادثه عمل می‌کند. بسته به نوع تهدیدات، از بین متخصصانی، همچون بیولوژیک، پزشکی هسته‌ای، شیمیایی و اپیدمیولوژیست انتخاب می‌شود. این فرد حین یا بعد از حادثه توصیه‌های لازم را به فرمانده ارائه می‌دهد.

➤ نمودار سامانه فرماندهی حادثه

۱. کمیته مدیریت خطر حوادث و بلايا سامانه فرماندهی حادثه بیمارستان را بر اساس نمودار پیشنهادی فرماندهی حوادث بیمارستانی را تدوین می‌نماید.
۲. برای هر یک از هشت پانکس اصلی یک نفر اصلی و دو نفر جانشین تعیین می‌شود و در هر پانکس نام افراد ذکر می‌شود.
۳. شرح وظایف، مسئولیت‌ها و اختیارات افراد بر حسب نوع جایگاه و بر اساس کتاب آمادگی بیمارستانی تدوین شده و به اعضاء اصلی و جانشین‌ها ابلاغ می‌شود.
۴. به افراد در خصوص شرح وظایف آموزش‌های لازم ارائه شده و در صورت لزوم تمرین نیز برگزار می‌گردد.
۵. پانکس متخصص فنی پزشکی از کمیته تست و برای حوادث خاص مثل (حادثات CBRN، اپیدمی‌ها و ...) فعال می‌شود.
۶. در بیمارستان‌های زیر ۲۰۰ تخت، پانکس‌های مالی و پشتیبانی می‌توانند با هم ادغام شوند.

➤ مرکز فرماندهی بیمارستان

اتاق فرماندهی بیمارستان در محلی مطمئن و ایمن و در دسترس بوده و از قبل مجهز شود. البته اگر ترتیبی داده شود که به سرعت اتاق مذکور برای بهره برداری فوری تجهیز شود نیز قابل قبول است. معمولاً حداقل تجهیزات و وسایل برای آماده به کار شدن اتاق فرماندهی به آسانی جهت ارتباطات، مدیریت اطلاعات (اسناد، صفحه مانیتور/ صفحه نمایش) شناسایی، امنیت و رفاه کارکنان میسر است. اتاق فرماندهی بایستی در مکانی خارج از منطقه درمان قرار داشته باشد و کمترین تأثیر را از شرایط بحرانی دریافت نماید. این اتاق بایستی توسط سیستم مدیریت اطلاعات پشتیبانی شود که این امر موجب حمایت از عملیات بحران شود و داده‌ها را به مدیریت اطلاعات بیمارستان متصل نماید. در شرایط اضطراری خطوط معمول ارتباطی مانند تلفن ثابت، تلفن همراه و ... یا قطع خواهند شد یا مشغول و غیرقابل استفاده می‌شوند. با توجه به اهمیت برقراری ارتباط جهت فراخوان پرسنل، هماهنگی با سایر مراکز و نهادها لازم است وسایل ارتباطی جایگزین مانند بی‌سیم، بلندگو، بیگ و سایر ابزار مشابه پیش بینی شود.

➤ هماهنگی با سایر سازمان‌ها

هماهنگی رسمی و توافقنامه‌های همکاری بین بیمارستان و سازمان‌های مدیریت بحران مانند کمیته‌های مدیریت بحران شهرداری یا فرمانداری منطقه، خدمات اورژانس خارج بیمارستانی، نیروی انتظامی، آتش نشانی و پلیس به منظور حمایت از عملکرد بیمارستان در زمان بحران ضروری است. هماهنگی باید شامل کمک به انتقال بیماران و هدایت بیماران به سایر بیمارستان‌ها در صورت لزوم، تغییر مسیر ترافیک اطراف بیمارستان، امنیت، ارتباطات، پشتیبانی، رفع آلودگی، اطفاء حریق و غیره است. توافقنامه‌ها باید در تمرینات منظم حداقل سالانه تمرین شود.

همکاری بین بیمارستان مراکز بهداشت منطقه، بیمارستان‌های عمومی، خصوصی و سایر بیمارستان‌های غیردولتی به ویژه بیمارستان‌های مجاور، پزشکان و گروه‌های داوطلب به منظور اطمینان از ارائه خدمات بهداشتی و درمانی ضروری در جامعه در مدت زمان حوادث و بلايا وجود دارد.

➤ مدیریت بیماران

فضایی برای تریاژ در بلايا و فوریت‌های بزرگ طراحی شده و کارکنان برای انجام تریاژ آموزش دیده باشند. فرایندهای تریاژ در حوادث بزرگ باید مورد آزمایش قرار گرفته باشند و منابعی مثل نیرو و تجهیزات برای انجام تریاژ در دسترس باشد. در حوادث شیمیایی و رادیولوژیک تریاژ باید بیرون از بیمارستان و قبل از ورود بیمار به بخش اورژانس انجام شود. آمبولانس‌ها و سایر وسایل نقلیه و راه‌های انتقال برای انتقال بیمار، نیرو، تجهیزات و ذخایر در بحران در دسترس باشند. روش‌هایی برای حل مشکلات ارتباطی بیمارستان‌ها، وسایل نقلیه و نیروها، در صحنه حادثه و همچنین هماهنگی برای توزیع و رجوع بیماران برنامه‌ریزی شود. مثلاً قراردادهایی با آمبولانس‌های خصوصی و یا آژانس و غیره وجود داشته باشد. همچنین فرایندی جهت استفاده و تعمیر و نگهداری سیستم نقلیه باید وجود داشته باشد.

¹ Hospital Command Center (HCC)



➤ مدیریت بیماری‌های عفونی و اپیدمی‌ها

برنامه پیشگیری و کنترل بیماری‌های عفونی شامل سیاست‌ها، فرایندها و تدابیر پیش‌بینی شود. برنامه باید به اقدامات احتیاطی استاندارد، نظام مراقبت بیمارستانی و تدابیری برای بیماری‌های مسری بپردازد. در یک برنامه فعال آموزش فرایندهای پیشگیری و کنترل بیماری‌های عفونی برای نیروها باید وجود داشته باشد. در شرایط اضطراری مثل اپیدمی‌ها، پاندمی‌ها منابع اضافی و دسترسی به ذخایر و کارکنان فوق برنامه برای آلودگی زدایی باید وجود داشته باشد. دسترسی به تجهیزات حفاظت فردی برای کارکنانی که در مناطق پرخطر مواجهه با بیماری‌های عفونی کار میکنند، برنامه‌ریزی شود. مناطقی برای قرنطینه پیش‌بینی شود. کمیته بحران و بلاهای بیمارستان بایستی با توجه به خدماتی که بیمارستان ارائه میدهد و افزایش ظرفیت موردنیاز برای پاسخ به شرایط بحران و بلاها، سطح تقاضای تجهیزات حفاظت فردی در حداکثر ظرفیت را مشخص نمایند. کفایت دسترسی به تجهیزات حفاظت فردی برای حداقل ۶۰ ساعت در حداکثر ظرفیت بیمارستان را لازم است. هماهنگی‌ها و زمان ذخیره مجدد تجهیزات حفاظت فردی تعیین شده باشد.

➤ مدیریت اطلاعات بیماراران

برای نگهداری و انتقال ایمن گزارش‌های درمانی و سایر اطلاعات حیاتی بیماراران، در برنامه پاسخ بیمارستان تدابیری اتخاذ شود. همچنین باید فرایندهایی برای تضمین از تداوم و یکپارچگی نگهداری گزارش‌های درمانی، دسترسی به اطلاعات بیماراران در زمان لازم و ذخیره ایمن اطلاعات محرمانه پیش‌بینی شده باشد. توجه ویژه‌ای باید به امنیت دسترسی به اطلاعات الکترونیکی توسط افراد واجد شرایط مبذول گردد. گزارش‌های درمانی معمولاً ارزش قانونی دارند و ممکن است در مسائل قانونی مورد استفاده قرار گیرند. در همین راستا فرایندها و روش‌های جایگزین برای سیستم‌های الکترونیک مدیریت اطلاعات در شرایط بحران و بلاها برنامه‌ریزی شود.

➤ ایمنی و امنیت

فرایندهایی برای تضمین امنیت بیماراران، کارکنان و بیمارستان مانند کنترل اولیه نقاط دسترسی، مناطق تریاژ، سایر مناطق عبور بیماراران، ترافیک، پارکینگ، مرکز هماهنگی بحران در شرایط اضطراری پیش‌بینی شود. این فرایندها نحوه اعلام هشدار و پاسخ به تهدیدات امنیتی را نیز در بر میگیرد. این تهدیدات ممکن است شامل خشونت و حمله به طور مستقیم به خود بیمارستان یا ناآرامی جامعه در مجاورت بیمارستان باشد و بیمارستان، کارکنان و بیماراران و عملکرد را تحت تأثیر قرار دهد. کارکنان حفاظت فیزیکی و سایر کارکنان در مناطق کلیدی برای شرایط اضطراری آموزش داده شده و مورد آزمایش قرارگیرد.

الف-۲-۴-۲ برنامه‌های آمادگی و پاسخ به عوامل خطرآفرین اولویت دار بیمارستان، برنامه‌ریزی و اجرا می‌شوند. سطح دو

❖ تدوین برنامه‌های آمادگی و پاسخ براساس ارزیابی خطر و تعیین پنج مخاطره اول (محتمل ترین سناریوهای داخلی و خارجی)

❖ پاسخ براساس ارزیابی خطر و تعیین پنج مخاطره اول (محتمل ترین سناریوهای داخلی و خارجی)

برنامه بیمارستان برای مخاطرات خاص که به آن‌ها برنامه‌های اقتصادی گفته می‌شود برای محتمل ترین سناریوهای داخلی و خارجی مرتبط با مخاطرات زمین شناختی، آب و هوایی، زلزله، تکنولوژیک و اجتماعی تدوین می‌شوند. این برنامه‌ها بایستی بازبینی شده و بیمارستان منابع لازم برای اجرای آن را در اختیار داشته باشد.



سطح دو	الف-۲-۳ افزایش ظرفیت بیمارستان در حوزه‌های "فضای فیزیکی، تجهیزات پزشکی و نیروی انسانی" برنامه‌ریزی شده است.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ افزایش ظرفیت بیمارستان در حوزه فضای فیزیکی بیش بینی شده و در صورت لزوم عقد تفاهم نامه یا قرارداد با سایر مراکز ❖ افزایش ظرفیت بیمارستان در حوزه‌های تجهیزات پزشکی بیش بینی شده و در صورت لزوم عقد تفاهم نامه یا قرارداد با سایر مراکز ❖ افزایش ظرفیت بیمارستان در حوزه‌های تأمین نیروی انسانی بیش بینی شده و در صورت لزوم عقد تفاهم نامه یا قرارداد با سایر مراکز
	<p>مرکز درمانی در صورتی می‌تواند هنگام وقوع حوادث به ارائه خدمات خود ادامه دهد، که بتواند بر اساس یک برنامه از پیش تدوین و تمرین شده، ظرفیت خود را افزایش دهد. برنامه افزایش ظرفیت بیمارستان می‌تواند با تکیه بر منابع داخلی بیمارستان و یا استفاده از منابع خارجی در قالب انعقاد تفاهم نامه‌هایی با سازمان‌ها، مراکز و یا سایر مراکز درمانی نزدیک به محل بیمارستان جهت استفاده از فضای منابع انسانی و یا تجهیزات باشد. که منجر به تفاهم نامه‌ها با سازمان‌ها، مراکز، بیمارستان‌ها و... جهت افزایش ظرفیت بیمارستانی شود.</p> <p>➤ سه جزء اصلی برنامه افزایش ظرفیت</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. ساختارها (فضای فیزیکی) ۲. تجهیزات و امکانات (تخصصی و غیر تخصصی بیمارستانی) ۳. کارکنان (منابع انسانی) <p>➤ ساختارها (فضای فیزیکی)</p> <p>بیمارستان می‌تواند از تمام ظرفیت فیزیکی خود که شامل اتاق‌های بستری، راهروها، سالن‌ها و حتی فضای باز بیمارستان، به‌خصوص در مواقعی که ایمنی ساختمان اصلی تهدید شده است، برای عرضه خدمات بهتر استفاده کند. در این برنامه، کاربری تمامی فضاهای موجود در بیمارستان در هنگام وقوع حادثه، از پیش مشخص و نیز فضاها برای تریاژ بیماران، بستری مصدومان، نگهداری اجساد و همچنین، محل استراحت کارکنان پیش‌بینی شود. نکته مهم در استفاده از این فضاها، ایمن بودن آنها برای تداوم ارائه خدمات است.</p> <p>➤ برنامه افزایش ظرفیت در حوزه تجهیزات</p> <p>بیمارستان برنامه‌ای را برای استفاده از منابع و تجهیزات از ابزارهای موجود و یا از طریق تفاهم نامه‌هایی که با مراکز و نهادهای همکار برای تأمین مواد و تجهیزات منعقد نماید. در این برنامه، لازم است علاوه بر تأمین نیازهای تخصصی، نحوه تأمین مواد مصرفی و همچنین مواد غذایی نیز مشخص شده باشد.</p> <p>➤ برنامه افزایش ظرفیت منابع انسانی</p> <p>بیمارستان بر اساس یک برنامه پیش‌بینی شده منابع انسانی مورد نیاز، اهم از پزشکان، پرستاران، کادر پیراپزشکی و نیروهای خدماتی را تأمین سازد. بالطبع، ممکن است تمام این منابع هنگام بروز حادثه در اختیار مدیریت نباشند؛ بنابراین، برنامه افزایش ظرفیت می‌تواند منابع انسانی مورد نیاز را از راه‌های مختلف مانند سایر کارکنان بیمارستان، کارکنان مراکز همکار، نیروهای داوطلب و سایر منابع تأمین سازد.</p>



سطح دو	الف-۲-۴ آموزش و تمرین‌های شبیه‌سازی شده حوادث و بلایا با تدوین سناریو، برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ نیازسنجی و ارائه آموزش‌های عمومی کارکنان در بدو ورود و همین خدمت در زمینه مدیریت خطر حوادث و بلایا حداقل به صورت سالانه ❖ ارائه آموزش‌های تخصصی برای کارکنانی که در کنترل حوادث نقش کلیدی دارند، برحسب شرح وظایف و مسئولیت‌های آنها ❖ ارائه آموزش‌های تخصصی رفع آلودگی CBRN و نحوه مراقبت از این بیماران برای کارکنان بالینی منتخب ❖ تمرین دورمیزی حداقل دو بار در سال براساس نتایج ارزیابی خطر و سناریو محتمل بلایا برای اعضاء کمیته ❖ برگزاری تمرین‌هایی براساس نتایج ارزیابی خطر و سناریوهای محتمل بلایا برای کارکنان بصورت تمرین مشق^۱ حداقل یک بار در سال
	<p>برگزاری تمرین‌ها به منظور سنجش میزان آمادگی، هماهنگی و تکرار آموخته‌ها برای کسب مهارت و بررسی میزان درستی سیاستها و برنامه‌های مدیریت خطر حوادث و بلایا به کار می‌رود. برای انجام تمرین‌ها نیاز به سناریو است. سناریو متن و داستانی است که در آن وقایعی توصیف می‌شود که به دنبال وقوع حوادث و بلایا باعث اختلال در عملکرد سازمان می‌شود. بهتر است سناریوها براساس نتایج ارزیابی خطر و محتمل ترین حادثه تدوین گردند. در سناریو حداقل باید به توصیف ویژگی و آثار حادثه فرضی (نوع، زمان وقوع، ابعاد، پیچیدگی، محدوده، آثار و پیامدهای حادثه و امکانات موجود و روش پاسخ به حادثه) اشاره شده باشد.</p>
	<p>➤ تمرین دور میزی</p>
	<p>افراد اصلی مسئول در انجام یک کار دور هم جمع می‌شوند و به بررسی یک سناریو می‌پردازند. این کار معمولاً برای بررسی برنامه‌ها، سیاستها و روش‌ها به کار می‌رود و ویژه اعضاء کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا است.</p>
	<p>➤ تمرین مشق (دریل) طرح هماهنگی و نظارت شده‌ای است که برای بررسی یک فعالیت معین طراحی شده است. به عنوان مثال</p>
	<ol style="list-style-type: none"> ۱. تمرین تریاز در حوادث با مصدومین انبوه ۲. تمرین فعال‌سازی سامانه مدیریت حوادث و بلایا در بیمارستان ۳. تمرین فعال‌سازی سامانه هشدار سریع ۴. تمرین استفاده از وسایل حفاظت فردی^۲ در حوادث شیمیایی، هسته‌ای و بیولوژیکی ۵. تمرین آلودگی زنجایی مصدومین در حوادث شیمیایی، هسته‌ای و بیولوژیکی ۶. تمرین حفظ ایمنی و امنیت بیمارستان، پرسنل و بیماران در زمان وقوع حوادث و بلایا ۷. تمرین تخلیه اضطراری افقی و یا عمودی در بخش‌های مختلف بیمارستان به ویژه بخش اورژانس
	<p>برای تدوین سناریو از کتاب سناریوهای پایه ملی نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران در حوادث و بلایا می‌توان استفاده نمود. در حین برگزاری تمرین لازم است مستندات مربوط به اجرای آن (فیلم، عکس، صورتجلسه و ..) جمع آوری و سپس تحلیل شوند. برای بررسی نقاط قوت و ضعف تمرین لازم است فردا افرادی در حین برگزاری تمرین اجرای صحیح آن را منطبق با سناریو کنترل نمایند که می‌تواند با کمک چک لیست از قبل طراحی شده این کار انجام شود. دبیر کمیته موظف به ارائه گزارش از روند برگزاری تمرین و نقاط قوت و ضعف اجرای آن در کمیته است.</p>
	<p>کد دستورالعمل مرتبط: نامه ابلاغ برنامه ملی تمرین نظام سلامت در حوادث و بلایا به شماره ۴۰۱/۱۹۷/۴ مورخ ۹۸/۰۱/۲۶</p>

¹ Drill

² PPE



سطح شو	الف-۲-۵ نحوه فعال‌سازی برنامه پاسخ در زمان حوادث، برنامه‌ریزی و مدیریت می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ تشوین دستورالعمل "فعال‌سازی برنامه پاسخ در زمان بروز حوادث" ❖ آگاهی اعضاء سامانه فرماندهی حادثه و کارکنان مرتبط ❖ عملکرد مدیران کارکنان منطبق بر دستورالعمل
	<p>شاخص‌های شروع پاسخ فوریت و فرد مسئول در بیمارستان باستی در دستورالعمل مشخص باشد و فرایند فراخوان کارکنان براساس سطح فعال‌سازی برنامه‌ریزی شود. کلید فعال‌سازی برنامه پاسخ بیمارستانی در حوادث و بلافاصله خبر و هشدار معتبر و قابل استنادی از وقوع حادثه است که به تایید فرمانده حادثه بیمارستان و ستاد هدایت دانشگاه رسیده باشد.</p> <p>➤ فعال‌سازی ممکن است توسط سازمان‌های زیر آغاز/ درخواست شود</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. مرکز فرماندهی بحران دانشگاه^۱ ۲. سازمان پدافند غیرعامل ۳. مدیریت بحران شهری ۴. فرمانداری شهرستان <p>در هر صورت استعلام باید از مرکز فرماندهی حادثه سطح بالاتر انجام پذیرد. بعد از آن فرمانده حادثه موظف است، برنامه پاسخ را فعال نماید.</p>
	<p>➤ فعال‌سازی برنامه پاسخ شامل دو بخش است</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. تعیین سطح فعال‌سازی برنامه با توجه به شدت و وسعت حادثه و با توجه به وضعیت اعلام شده (زرد، نارنجی و قرمز) ۲. اطلاع‌رسانی سطح فعال‌سازی برنامه
	<p>➤ سطوح هشدار که به بیمارستان می‌رسد شامل موارد زیر است</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. اطلاع‌رسانی (زرد) در این سطح امکان وقوع مخاطره وجود دارد ولی احتمال آن خیلی کم است و یا به دلایل امنیتی فعلاً اجازه انتشار خبر در بیمارستان وجود ندارد. در این سطح تنها به سامانه فرماندهی حادثه خبر داده می‌شود تا آمادگی نسبی جهت فعال‌سازی برنامه پاسخ را کسب نمایند؛ اما در این مرحله روند کار بیمارستان تغییر نمی‌کند. ۲. آماده باش (نارنجی) در این سطح از هشدار احتمال وقوع مخاطره زیاد است اما فعال شدن همه کارکردهای تخصصی بیمارستان به علت کفایت نبودن اطلاعات نیاز نیست. لذا بخش فرماندهی و برنامه‌ریزی فعال می‌شوند. اقدامات افزایش ظرفیت بخش اورژانس، حفظ ارتباط با EOC دانشگاه و سازمان‌های خارج از بیمارستان جهت دریافت اطلاعات کامل‌تر و آماده کردن بیمارستان برای مقابله با حوادث و بلافاصله انجام پذیرد. ۳. فعال‌سازی (قرمز) در این مرحله مخاطره رخ داده و یا قریب الوقوع است و نیاز است علاوه بر فعال‌سازی سامانه فرماندهی حادثه بیمارستان، اکثر کارکردهای تخصصی مانند فراخوان پرسنل موظف و جایگزین، افزایش تخت‌ها و همچنین لغو عمل‌های الکتیو، با نظر فرمانده فعال شوند، EOC بیمارستان نیز فعال می‌شود.
	<p>➤ بسته به سطح و محل حادثه (داخلی یا خارجی) فعال‌سازی در سه سطح صورت می‌گیرد</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. فعال‌سازی در سطح بخش اورژانس ۲. فعال‌سازی در سطح جزئی (افزودن منابع اضافی به بخش اورژانس از بخش‌های دیگر) ۳. فعال‌سازی کامل زمانی که تعداد قربانیان یا میزان آسیب ناشی از حادثه در حدی باشد که منابع و عملکرد بیمارستان را بطور قابل توجهی متأثر نماید.
	<p>➤ اطلاع‌رسانی سطح فعال‌سازی برنامه</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. سطح اول اطلاع‌رسانی مرکز تلفن فهرست کامل و به روز شده ای از افرادی تهیه می‌شود که باید در زمان فعال شدن برنامه در هر سطحی، توسط مرکز تلفن، از داخل و خارج بیمارستان فراخوان شوند. مرکز تلفن با دریافت فرمان فعال شدن برنامه از اتاق هدایت عملیات حادثه یا اتاق بحران، موظف است با این افراد تماس بگیرد. ۲. سطح دوم اطلاع‌رسانی بخش‌ها: هر بخش بیمارستان باستی فهرست مشابهی از کارکنان خود تهیه و به ترتیب اولویت افراد تماس و نیز افراد جایگزین را تعیین نماید. ۳. سطح سوم اطلاع‌رسانی در سطح جامعه: با پیشرفت عملیات نقلیه، مرکز عملیات اضطراری بیمارستان باید ضمن هماهنگی با مرکز هدایت عملیات دانشگاه یا سازمان‌ها و مراجع خارج از بیمارستان ارتباط برقرار کرده و آن‌ها را در جریان وقوع حوادث و فوریت‌ها و نیازهای احتمالی قرار دهد. <p>❏ دستورالعمل مرتبط: نامه ابلاغ چارچوب ملی پاسخ به حوادث^۲ به شماره ۴۰۱/۳۹۷۰/۱۷ مورخ ۹۷/۱۰/۱۷</p>

¹ EOC

² National Response Framework (NRF)



سطح دو	الف-۲-۶ نحوه تخلیه بیمارستان در زمان حادثه، برنامه‌ریزی شده و بر اساس آن عمل می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ تدوین و ابلاغ دستورالعمل "تخلیه بیمارستان در زمان حادثه" به تمامی واحدها / بخش‌ها ❖ آگاهی تمامی کارکنان از دستورالعمل تخلیه بیمارستان در زمان حادثه ❖ تامین وسایل و تجهیزات و مسیرهای آماده مورد نیاز برای تخلیه طبق دستورالعمل
	<p>دستورالعمل "تخلیه بیمارستان در زمان حادثه" بایستی با مشارکت مسئول ایمنی، مسئول ساختمان و تأسیسات و سایر مسئولان واحدها، بخش‌ها با محوریت کمیته مدیریت خطر حوادث و با آیا تدوین شود. تخلیه اضطراری یکی از فعالیت‌هایی است که در زمان بروز حوادث اهمیت بسیار پیدا می‌کند. بروز آتش سوزی در بخشی از بیمارستان، نشت دود و مواد خطرناک، تخریب ساختمان، از بین رفتن سیستم‌های گاز یا برق یا آب، خطر بمب گذاری و سایر موارد مسکن است نیاز به تخلیه بخش و جابجایی بیماران و کارکنان به نقطه ای امن را ضروری نماید.</p> <p>تخلیه می‌تواند بصورت افقی، عمودی و یا کامل صورت گیرد:</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. تخلیه افقی - ساکنین یک طبقه به قسمت‌های دیگری از همان طبقه منتقل می‌شوند (بیماران از یک بخش به بخش دیگر در همان طبقه منتقل می‌شوند) ۲. تخلیه عمودی - ساکنین یک طبقه به طبقات بالا یا پایین منتقل می‌شوند. (بیماران از یک بخش به بخش دیگر در سایر طبقات منتقل می‌شوند) ۳. تخلیه کامل - بیماران و کارکنان در همه بخش‌ها واحدها بایستی بیمارستان را ترک نمایند. <p>آگاهی از چگونگی انجام تخلیه اضطراری و جزئیات آن و همچنین آمادگی برای اجرای آن در هنگام بروز حوادث، از مهمترین فعالیت‌های ارتقاء آمادگی بیمارستان‌ها برای مقابله در هنگام بروز حوادث و فوریت‌ها است.</p>
	<p>➤ در تدوین دستورالعمل تخلیه بیمارستان حداقل موارد ذیل مد نظر قرار گیرد</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. اندیکاسیون‌های فعال‌سازی برنامه تخلیه بیمارستانی و همچنین آرد تصمیم گیرنده برای تخلیه مشخص باشد. ۲. مسئولیت‌های افراد در زمان تخلیه بیمارستانی مشخص شده باشد. ۳. نحوه اولویت بندی بیماران جهت تخلیه اضطراری مشخص باشد از جمله روش‌هایی مثل تریاژ ۴. نوع و سطح تخلیه‌ای که ممکن است رخ دهد تعریف شود. ۵. فازهای اجرایی تخلیه یا برنامه زمان‌بندی مشخص (مانند هشدار پرسنل، دسترسی به منابع و تجهیزات، آماده کردن بیماران و وسایل مورد نیاز) وجود داشته باشد. ۶. مسیرها و خروجی‌های باز و بدون مانع برای تخلیه تعیین شده باشد. ۷. پروتکل برای تبادل اطلاعات لازم بین پرسنلی که در تخلیه نقش دارند وجود داشته باشد. ۸. وسایل و تجهیزات مورد نیاز برای تخلیه پیش‌بینی و موجود باشد. ۹. منابع لازم (از قبیل آب و غذا و...) برای بیمارانی که تخلیه می‌شوند و نحوه دسترسی به آنها تعیین شده باشد. ۱۰. مسیرهای تخلیه سریع و ایمن و یلکان اضطراری با علائم تصویری مشخص شده‌اند و در تمام اوقات باز و قابل دسترسی هستند.



سطح	الف-۲-۵ تدویم خدمات حیاتی و برنامه بازیابی پس از حوادث و بلایا پیش بینی شده و بر اساس آن عمل می شود.
سطح یک	الف-۲-۱-۵-۱ تدویم ارائه خدمات درمانی حیاتی بیمارستان، برنامه ریزی شده و بر اساس آن عمل می شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ شناسایی بخش ها/واحد های حیاتی بیمارستان ❖ تهیه فهرست و نحوه تدارک اقلام ضروری مورد نیاز برای تدویم عملکرد بخش ها/واحد های حیاتی بیمارستان ❖ تهیه فهرست تجهیزات پزشکی مورد نیاز/ذخیره و یا نحوه تأمین آن ها برای تدویم عملکرد بخش ها/واحد های حیاتی بیمارستان ❖ پیش بینی مکان های جایگزین احتمالی برای بخش ها/واحد های حیاتی بیمارستان
	<p>ارائه خدمات سلامت در حوادث و بلایا، عامل اصلی بقای انسان هاست. بیمارستان بر خلاف برخی سازمان ها نمی تواند خدمات خود را به تعویق انداخته و یا تعطیل نماید و هر گونه تأخیر/توقف خدمات سلامت منجر به فوت/آسیب جدی بیماران و حوادث دیدگان خواهد شد. لذا بیمارستان ها بایستی بتوانند در زمان حوادث و بلایا، بلافاصله عملکرد قسمت های حیاتی خود را مانند اورژانس، اتاق عمل، بخش های ویژه، آزمایشگاه و رادیولوژی را حفظ نموده و حتی در صورت تخریب، پیش بینی مکان های جایگزین احتمالی برای بخش ها/واحد های حیاتی بیمارستان صورت پذیرد. بدین منظور بیمارستان باید منابع، تجهیزات، امکانات و همچنین مکان جایگزین برای این بخش ها/واحد ها را پیش بینی و برنامه ریزی نماید. بطور مثال در صورت تخریب اتاق عمل از اتاق عمل اورژانس استفاده می شود و حتی در صورت تخریب اورژانس از فضای پارکینگ استفاده شود. لازم است فهرستی از خدمات ضروری و بخش ها/واحد های حیاتی بیمارستان در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا، مسئولان واحد ها/بخش ها شناسایی شود و از دسترسی به اقلام ضروری و حیاتی مورد نیاز برای تدویم خدمات در این بخش ها در هر شرایط و موقعیتی مطمئن حاصل شود. منابع مورد نیاز بجز فضای فیزیکی آب، برق و اکسیژن و سوخت در زمان حوادث و بلایا حداقل به مدت ۷۲ ساعت است. همچنین از در دسترس بودن تجهیزات پزشکی موجود/جایگزین ضروری در اتاق عمل، اورژانس، بخش های ویژه، CSSD، آزمایشگاه و رادیولوژی اطمینان حاصل شود. شناسایی و تأمین منابع مورد نیاز جهت تدویم خدمات ضروری بیمارستان به ویژه برای گروه های آسیب پذیر و بیماران بدحال مانند کودکان، افراد سالمند، کم توان، بیهوش و معلولین بایستی به دقت برنامه ریزی شود. با توجه به نقش بیمارستان ها در امر تدویم خدمات درمانی حیاتی در زمان حوادث و بلایا تدوین خط مشی و روش "تدویم ارائه خدمات درمانی حیاتی بیمارستان در شرایط بحران" با محوریت کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا و مدیران و مسئولان تمامی بخش ها/واحد ها توصیه می شود.</p>
سطح دو	الف-۲-۵-۲ تحلیل عملکرد بیمارستان پس از انجام تمرین ها و یا بروز حوادث داخلی و خارجی انجام شده و اقدامات اصلاحی مؤثر انجام می شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ ارزیابی و تحلیل در زمینه نحوه عملکرد بیمارستان پس از انجام تمرین ها و یا بروز حوادث داخلی و خارجی ❖ شناسایی نقاط قوت و ضعف و اثربخشی آموزش ها و برنامه ریزی ها در کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا ❖ طراحی برنامه ریزی آموزشی/تدوین برنامه بهبود/طراحی اقدامات اصلاحی بر اساس نتایج پایش و تحلیل عملکردها در زمان تمرین ها و یا بروز حوادث داخلی و خارجی
	<p>یکی از مهمترین اقدامات پس از برنامه پاسخ به حوادث و بلایا، ارزیابی عملکرد بیمارستان یا هدف مشخص کردن درس آموخته هایی برای تصحیح فعالیت ها است و به عنوان یکی از مهمترین وظایف کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا بیمارستان است. این اقدام ممکن است با تکمیل یک فرم گزارش گیری امضایه توسط کارکنانی که در حادثه فعالیت داشته اند، انجام شود و سپس نتایج مصاحبه ها/فرمها جمع آوری شده و برای بهبود و به روزرسانی برنامه ها به کمیته ارائه شود.</p>
سطح سه	الف-۲-۵-۳ برنامه بازیابی و برگشت به حالت عادی پس از حادثه تدوین شده و بر اساس آن عمل می شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ تدوین برنامه غیر فعال سازی و برگشت به حالت عادی بیمارستان ❖ برنامه ریزی برای بازیابی بیمارستان پس از حوادث و بلایا
	<p>بیمارستان بایستی دارای یک برنامه بازیابی واحد با احاطه تمامی مخاطرات، به صورت مستند باشد و بازیابی و به روزرسانی شود. در این راستا فعالیت هایی که برای بازگرداندن عملکرد بیمارستان به شرایط عادی لازم است تعیین می شوند. برنامه بازیابی بیمارستان مثل برنامه پاسخ باید مرتبط با تدویم خدمات بیمارستان باشد.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ برنامه بازیابی باید بتواند موارد زیر را فراهم نماید ۱. تدویم بازیابی خدمات بیماران ۲. پیش بینی و نحوه تأمین نیازهای بازیابی کارکنان ۳. جایگزینی مجدد ذخایر و تجهیزات ۴. اولویت بندی ارزیابی و بازسازی اجزای سازه ای و غیر سازه ای بیمارستان که در زمان بحران آسیب دیده اند <p>نکته مهم! غیر فعال سازی و توقف برنامه صرفاً با هماهنگی فرمانده حادثه بیمارستان با ستاد هدایت دانشگاه و بر اساس شرایط و وضعیت حادثه صورت می گیرد و از طریق مرکز پیام یا کدهای مربوطه اعلام می شود. همچنین پس از اتمام عملیات و توقف برنامه، اعضای سامانه فرماندهی حادثه ظرف ۷۲ ساعت، گزارش کاملی از عملیات و فعالیت های صورت گرفته، مشکلات و پیشنهادات خود را به کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا ارائه نمایند. برنامه بازیابی شامل ارزیابی خسارات بیمارستان و منابع از دست رفته و جایگزینی آن ها، تأمین نیازهای حمایت روانی از بیماران، کارکنان و خانواده های آن ها است.</p>



الف-۳- مدیریت منابع انسانی و سلامت حرفه‌ای

سطح	الف-۳-۱ کارکنان بر اساس ضوابط و مقررات مربوط و احراز توانمندی‌های لازم برای هر یک از مشاغل بکارگیری می‌شوند.
سطح یک	<p>الف-۳-۱-۱ بکارگیری کارکنان بر اساس ضوابط و مقررات مربوط، شرح شغل و شرایط احراز صورت می‌پذیرد.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ بکارگیری پزشکان، پرستاران، نیروهای پاراکلینیک، پشتیبانی، اداری و مالی و خدمات مطابق با قوانین و مقررات وزارت بهداشت و کتاب طبقه‌بندی مشاغل ❖ بکارگیری نیروهای شاغل در بیمارستان بر اساس قوانین بالادستی سازمان مربوط ❖ ممنوعیت بکارگیری اعضای هیات علمی تمام وقت جغرافیایی در بیمارستان‌های غیر دانشگاهی ❖ ممنوعیت اشتغال اعضای هیات علمی غیر تمام وقت جغرافیایی در بخش غیر دانشگاهی در ساعات اداری ❖ ممنوعیت بکارگیری نیروهای مشمول طرح نیروی انسانی و نیروهای متخصص متعهد در بیمارستان‌های غیر دانشگاهی یا بیمارستان‌های غیر موظفی ❖ ممنوعیت بکارگیری دستیاران، دانشجویان پزشکی و پرستاری و حرفه وابسته در بیمارستان‌های غیر دانشگاهی ❖ بکارگیری نیروهای مرتبط در بخش‌های درمانی مطابق با شرایط احراز شغل و عملکرد در چارچوب شرح وظایف و براساس برآورد کمی و کیفی نیروی انسانی ❖ رعایت توازن در ترکیب رده‌های شغلی و سابقه افراد و تعداد آن‌ها در برآورد نیروی انسانی در هر بخش/واحد <p>تهیه نسخه الکترونیکی کتاب "طرح طبقه بندی مشاغل دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی" و اطلاع رسانی آن به بخش‌ها و واحدها به صورت الکترونیکی توسط مسئول واحد منابع انسانی صورت پذیرد.</p> <p>❖ بکارگیری دانشجویان گروه پرستاری در بیمارستان‌های دانشگاهی دستورالعمل ایلانی معاونت پرستاری وزارت بهداشت شماره ۱۳۹۶/۲۷۴/۴ مورخ ۱۳۹۳/۴/۱۶</p>
سطح دو	<p>الف-۳-۱-۲ توانمندی‌های عمومی و اختصاصی برای هر یک از مشاغل تعیین شده است و بکارگیری کارکنان بر اساس آن صورت می‌پذیرد.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ تعیین فرآیندهای فنی و تخصصی هر بخش/واحد توسط مدیر منابع انسانی با همکاری مسئولان بخش‌ها/واحدها ❖ شناسایی و تدوین حداقل صلاحیت‌های فنی و تخصصی برای اشتغال در بخش‌ها/واحدهای بیمارستان و ارزیابی صلاحیت کارکنان جدید ورود بر همین اساس ❖ ارزیابی و احراز صلاحیت نهایی کارکنان توسط مسئول بخش‌ها/واحد مربوط <p>تدوین فهرست توانمندی‌های لازم برای انجام وظایف، ضرورتی برای همه مشاغل نیست و بیمارستان صرفاً در خصوص مشاغلی که علاوه بر شرایط تصدی موجود در کتاب طبقه بندی مشاغل و شرایط احراز و توانمندی‌های خاصی مانند گذراندن دوره‌های آموزشی یا داشتن سوابق اجرایی برای آن‌ها مدنظر است، تدوین می‌نماید. به عنوان مثال مسئول بانک خون، به عنوان کارشناس آزمایشگاه (طبق کتاب طبقه بندی مشاغل) دارای شرح وظایف کلی است، اما توانمندی‌های اختصاصی این شغل می‌تواند شامل دوره آموزشی هموپروپولاسی و برخی توانمندی‌های فردی از جمله دقت، سرعت عمل، سایر موارد باشد که بایستی به تأیید مسئول فنی آزمایشگاه برسد. در خصوص مشاغل حساس مانند پرستار تریاژ، مسئول اتاق عمل، سوپروایزرها، سرپرستاران، مسئول بانک خون و سایر مواردی که از نظر بیمارستان نیاز به توانمندی‌های خاص برای انجام وظایف دارند، بایستی فهرست توانمندی‌ها تعیین و قبل از بکارگیری احراز شود. همچنین بر اساس نتایج ارزیابی صلاحیت‌های فنی و تخصصی، واحد مورد نظر تعیین گردد و دوره آشناسازی برای افراد مشخص شود. کلیه نیروهای جدید ورود تحت نظارت یک نفر کارشناس ماهر دوره استاد شاگردی را طی نمایند. ارزیابی تخصصی در پایان دوره آشناسازی انجام شود و نتیجه ارزیابی فوق، مبنای ادامه‌ی کار فرد درواحد باشد. در صورت عدم احراز مواردی از مهارت‌های مورد نیاز، اجرای برنامه آموزشی، ارزیابی مجدد و احراز صلاحیت نهایی صورت پذیرد.</p> <p>مهم! فرایندهای مدیریت منابع انسانی برای پرستاران تحت مدیریت و برنامه‌ریزی مدیریت پرستاری است. در این استاندارد کارکنان غیر پرستاری مد نظر است.</p>
سطح سه	<p>الف-۳-۱-۳ حداقل مهارت‌های ارتباطی برای کارکنان مرتبط با مراجعین و بیماران، ارزیابی و پیش از بکارگیری آن‌ها احراز می‌شود.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ تعیین مصادیق ارزیابی مهارت‌های ارتباطی برای کارکنان مرتبط با مراجعین و بیماران ❖ ارزیابی و در صورت لزوم اجرای برنامه آموزشی در زمینه مهارت ارتباطی مورد نیاز برای کارکنان مرتبط با مراجعین و بیماران ❖ رفتار و برخورد مناسب و حرفه‌ای کارکنان مرتبط با مراجعین و بیماران مبتنی بر اصول مهارت‌های ارتباطی اثربخش <p>مهم! فرایندهای مدیریت منابع انسانی برای پرستاران تحت مدیریت و برنامه‌ریزی مدیریت پرستاری است. در این استاندارد کارکنان غیر پرستاری مد نظر است.</p>



سطح	الف-۳-۲ توانمندسازی کارکنان بر اساس آموزش‌های هدفمند، برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.
سطح دو	<p>الف-۳-۱-۲ برنامه‌ریزی آموزشی سالیانه بر اساس برنامه توسعه فردی و نیازسنجی آموزشی برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ تدوین برنامه آموزشی سالیانه کارکنان ❖ لحاظ برنامه توسعه فردی کارکنان در برنامه آموزشی سالیانه کارکنان ❖ لحاظ دوره‌های پیشنهادی مسئولان بخش‌ها / واحدها کارکنان در برنامه آموزشی ❖ لحاظ نتایج ارزشیابی کارکنان و برنامه‌ریزی آموزشی توسط مسئولان واحدها، بخش ❖ محوریت مدیریت پرستاری در نیازسنجی آموزشی پرستاران ❖ محوریت رئیس / مدیرعامل بیمارستان در نیازسنجی آموزشی پزشکان ❖ محوریت مدیریت بیمارستان / مسئول واحد منابع انسانی در نیازسنجی آموزشی کارکنان غیر پزشک و غیر پرستار ❖ برآورد بودجه آموزشی مورد نیاز برنامه آموزشی سالیانه کارکنان ❖ نامین بودجه و تصویب و ابلاغ برنامه آموزشی سالیانه کارکنان توسط تیم رهبری و مدیریت ❖ اجرای برنامه آموزشی به صورت الکترونیک/ حضوری ❖ تدوین برنامه صلاحی متعاقب ارزشیابی دوره‌های آموزشی و نتایج آزمون‌ها <p>گسب تجربه و آموزش، یک اتفاق یا رویداد نیست، بلکه فرآیندی است مستمر که طی آن، کارکنان سازمان از متولیان آموزش در سازمان، سایر کارکنان و همکارانشان، مستثرا، مراجعه کننده، الگوها و مدل‌های کاری و حتی از اشتباهات، یاد می‌گیرند.</p> <p>➤ مسئولیت آموزش کارکنان بر عهده سه مرجع است:</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. خود کارکنان^۲ ۲. روسا / مسئولان و مافوق‌ها ۳. متولیان آموزش در سازمان (مانند سوپروایزر آموزشی در بیمارستان) <p>انتظار می‌رود کارکنان از مفهوم و نحوه تنظیم و اجرای برنامه توسعه فردی آگاهی داشته و هر یک از آن‌ها دارای برنامه توسعه فردی واقعی باشند. برنامه توسعه فردی و یا توسعه شغلی و حرفه ای یک فرایند مستمر درخصوص ارزیابی نیازهای آموزشی هر فرد و برنامه‌ریزی برای رفع این نیازها است. براساس برنامه توسعه فردی هر یک از کارکنان، باپستی در حیطه‌های دانشی و مهارتی نیازهای آموزشی در حیطه کاری و انجام وظایف محوله پیشنهاد نمایند. برنامه توسعه فردی در تعامل نزدیک کارکنان با مسئول واحد و به صورت طرح پیشنهادات کارکنان شکل می‌گیرد. که توسط مسئول واحد/ بخش به مقامات مافوق اعلام می‌شود. نحوه شناسایی برنامه‌های آموزشی به نحوی است که کارکنان وضع مطلوب و وضع موجود را مقایسه، و فاصله خود را با مهارت‌ها و قابلیت‌هایی که برای موفقیت در آینده در انجام وظایف محوله باید داشته باشند، تعیین می‌کنند. برنامه توسعه فردی پزشکان با مشارکت روسای بخش‌های بالینی و هدایت رئیس / مدیرعامل بیمارستان تنظیم شود. فرم توسعه فردی و نحوه تدوین برنامه توسعه فردی با تشخیصی بیمارستان است و ملاک ارزیابی نیست. تمامی فرم‌ها لازم است به صورت الکترونیک تکمیل، تایید و ارسال شود.</p> <p>لحاظ برنامه‌های آموزشی ایمنی بیمار و مدیریت خطر حوادث و بلایا همواره از اولویت‌های سازمان پرخطری مانند بیمارستان است. کارکنان می‌توانند دوره‌های آموزشی مهارت‌های تخصصی ضمن خدمت خود را علاوه بر بیمارستان محل خدمت، در مراکز نظیر سازمان نظام پرستاری، دانشگاه‌های علوم پزشکی، سازمان انتقال خون، سازمان پزشکی قانونی و سازمان انرژی بگنجانند. همچنین پزشکان می‌توانند دوره‌های آموزشی مهارت‌های تخصصی ضمن خدمت خود را علاوه بر بیمارستان محل خدمت، در مراکز نظیر سازمان نظام پزشکی، دانشگاه‌های علوم پزشکی، سازمان انتقال خون، سازمان پزشکی قانونی و سازمان انرژی بگنجانند.</p>

1 Event

2 DPP

<p>الف-۳-۲- کتابچه توجیهی برای معرفی شرایط عمومی و موارد اختصاصی هر بخش / واحد و مقررات اداری و مالی در دسترس کارکنان است.</p>	سطح دو
<ul style="list-style-type: none"> ❖ تدوین مجموعه مدون کتابچه توجیهی برای معرفی شرایط عمومی و موارد اختصاصی هر بخش / واحد و مقررات اداری و مالی به صورت فایل الکترونیک ❖ اطلاع رسانی کتابچه توجیهی بیمارستان توسط واحد منابع انسانی ❖ دسترسی کارکنان به فایل الکترونیک کتابچه توجیهی بیمارستان در بخش‌ها / واحدها ❖ آگاهی کارکنان در زمینه کتابچه توجیهی بیمارستان 	
<p>مقررات داخلی در موضوع اداری مالی بیمارستان حداقل شامل شرح شغل، شرح وظایف، حقوق و مزایا، آیین‌نامه‌های انضباطی، نحوه ارزشیابی، ارتقای شغلی، ضوابط و مقررات مرخصی و خروج از خدمت است و فصلی از کتابچه توجیهی اختصاص به کارکنان جدیدالورود دارد. منشور حقوق بیماران و راهنمای عمومی اخلاق حرفه‌ای شاغلین حرف پزشکی و وابسته مصوب شورای عالی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران و شورای عالی اخلاق بالینی وزارت بهداشت، در کتابچه توجیهی درج (پیوست) گردد.</p>	
<p>الف-۳-۳- جانشین بروری و انتقال تجربیات و اطلاعات بین کارکنان، برنامه‌ریزی و بر اساس آن اقدام می‌شود.</p>	سطح سه
<ul style="list-style-type: none"> ❖ برنامه‌ریزی در خصوص شناسایی و پیش بینی احتمالات خروج کارکنان از واحدها بخش‌ها ❖ تدوین دستورالعمل انتقال دانش و تجربه راهبر (استاد) و رهجو (شاگرد) حداقل در مشاغل حساس توسط تیم رهبری و مدیریت ❖ تدوین دستورالعمل انتخاب، انتصاب، ارتقا و تنزل جایگاه مدیریتی در بیمارستان ❖ آگاهی کارکنان مرتبط و اجرای دستورالعمل انتقال دانش و تجربه راهبر (استاد) و رهجو (شاگرد) ❖ معرفی حداقل یک فرد جانشین مسئول بخش / واحد یا تفویض اختیارات مسئول واحد در غیاب وی 	
<p>دستورالعمل انتقال دانش و تجربه راهبر (استاد) و رهجو (شاگرد) حداقل در مشاغل حساس تدوین و اجرایی شود.</p>	
<p>الف-۳-۴- اثربخشی برنامه‌های آموزشی در حیطه آگاهی و مهارت، ارزیابی و بر اساس نتایج آن اقدامات اصلاحی مؤثر برنامه‌ریزی و اجرا می‌شوند.</p>	سطح سه
<ul style="list-style-type: none"> ❖ تعیین شاخص‌های اثربخشی آموزشی بر مبنای اهداف آموزشی در حیطه‌های دانش و مهارت توسط مجریان برنامه‌ها ❖ ارزیابی دوره‌های آموزشی در حیطه دانش با انجام پیش آزمون و پس آزمون و بر اساس شاخص‌های اثربخشی آموزشی ❖ ارزیابی دوره‌های آموزشی در حیطه مهارت با بررسی مهارت‌های عملی آموخته شده و بر اساس شاخص‌های اثربخشی آموزشی <p>طراحی اقدام اصلاحی بر اساس نتایج ارزیابی اثربخشی دوره‌های آموزشی برگزار شده</p>	
<p>انتخاب این شاخص‌ها متناسب با انتظارات از فراگیران صورت می‌پذیرد. به عنوان مثال سنجش اثربخشی دوره آموزشی احیای قلبی - ریوی را می‌توان ذکر کرد. در این نمونه شاخص‌ها بایستی در هر سه حیطه آگاهی به مبانی تنوری، مهارت بکارگیری آموخته‌ها و بهبود اولویت‌بندی و کیفیت نتایج عملکردی به صورت مقایسه قبل و بعد از آموزش تعریف و ارزیابی شود.</p>	
<ol style="list-style-type: none"> ۱. میزان افزایش آگاهی فراگیران به مبانی تنوری آموزش با استفاده از درصد آگاهی فراگیران در پیش آزمون و پس آزمون ۲. میزان ارتقای مهارت بکارگیری آموخته‌ها با روش ارزیابی میدانی رعایت توالی و اصول فنی در عرصه عمل (واقعی و مجازی) ۳. بهبود اولویت بندی و کیفیت که معمولاً نتایج عملکردی ارزیابی می‌شود درصد احیای قلبی - ریوی موفق 	
<p>در صورت عدم تحقق نتایج مورد انتظار در بهبود شاخص‌های اثربخشی دوره‌های آموزشی در هر یک از حیطه‌های شناخت لازم است نسبت به تکرار یا تکمیل برنامه‌های آموزشی اقدام شود. مفهوم آموزش الزاماً معادل یادگیری نیست. در واقع تغییر رفتار پس از آموزش اثربخش، یادگیری تلقی می‌شود. تغییر رفتار بایستی در سه حیطه شناخت دانشی، مهارتی و نگرشی رخ بدهد تا منجر به یادگیری پایدار بشود. روش‌های متعدد و معتبری برای ارزیابی اثربخشی آموزشی وجود دارد. روش‌های سنتی مانند مدل هدف مدار، تایلر تا روش ادیورنه، مدل کرک، باترلیک، سالیوان و چندین مدل دیگر که تأثیر گذاری آموزش را در یک تا سه حیطه شناخت دانشی، مهارتی و نگرشی ارزیابی می‌نمایند. آگاهی قبل و بعد آموزش، اثرات تاخیری آموزش، تغییر رفتار، تغییر عملکرد و بهبود نتیجه کامل ترین ابعاد اثربخشی آموزشی است^۱</p>	

^۱ مدل پنج مرحله ای ارزیابی اثربخشی آموزشی سالیوان



سطح سه	الف-۳-۵ کنگره‌ها و همایش‌های علمی اطلاع‌رسانی شده و از حضور کارکنان در دوره‌های بازآموزی و آموزش مداوم پزشکان حمایت می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ اطلاع‌رسانی بیمارستان درخصوص برگزاری کنگره‌ها و همایش‌های علمی ❖ حمایت و مساعدت بیمارستان درخصوص شرکت پزشکان در دوره‌های بازآموزی و آموزش مداوم ❖ حمایت و مساعدت بیمارستان درخصوص شرکت پرستاران در دوره‌های بازآموزی و آموزش مداوم ❖ حمایت و مساعدت بیمارستان درخصوص شرکت کارکنان پاراکلینیک در دوره‌های بازآموزی و آموزش مداوم ❖ حمایت و مساعدت بیمارستان درخصوص شرکت کارکنان غیر بالینی در دوره‌های بازآموزی و آموزش‌های تخصصی
	<p>➤ اطلاع‌رسانی کنگره‌ها و همایش‌های علمی به پزشکان و کارکنان می‌تواند از طرق زیر انجام شود</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. نصب پوسترها یا فراخوان‌های ارسال مقالات و برگزاری کنگره‌ها و همایش‌های علمی در معرض دید پزشکان و کارکنان ۲. اطلاع‌رسانی فراخوان‌های ارسال مقالات و برگزاری کنگره‌ها و همایش‌های علمی از طریق سایت بیمارستان ۳. اطلاع‌رسانی فراخوان‌های ارسال مقالات و برگزاری کنگره‌ها و همایش‌های علمی از طریق مکاتبات اداری <p>مساعدت بیمارستان در شرکت نمودن پزشکان و کارکنان در دوره‌های بازآموزی و آموزش مداوم می‌تواند از طریق موافقت حضور کارکنان در ساعات کاری، تخصیص حقت الزامه، اعطاء ماموریت آموزشی و سایر سیاست‌های تشویقی برنامه‌ریزی شود.</p>
سطح	الف-۳-۳ ارزشیابی و نظارت بر عملکرد کارکنان در مسیر ارتقاء و توسعه برنامه‌ریزی و مدیریت می‌شود.
سطح یک	الف-۳-۱ کنترل‌های انضباطی بر اساس ارزیابی مستمر کارکنان برنامه‌ریزی شده و با رعایت قوانین و مقررات مرتبط اجرا می‌شوند.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ رسیدگی اولیه به تخلفات کارکنان غیر بالینی توسط تیم رهبری و مدیریت و اخذ تصمیم در زمینه برخورد‌های انضباطی یا متخلفین احتمالی ❖ طرح اولیه تخلفات کارکنان بالینی در کمیته اخلاقی بالینی با حضور تیم رهبری و مدیریت و اخذ تصمیم در زمینه برخورد‌های انضباطی یا متخلفین احتمالی ❖ معرفی کارکنان بالینی غیر بالینی به هیات‌های رسیدگی به تخلفات کارکنان اعضای هیات علمی به تشخیص تیم رهبری و مدیریت بیمارستان/دانشگاه علوم پزشکی <p>در ساختار اجرایی دانشگاه‌های علوم پزشکی حوزه‌های رسمی رسیدگی به تخلفات دارای تعریف شده و هدف از این استاندارد بررسی و اخذ تصمیمات انضباطی برای متخلفین احتمالی است که به هیات‌های رسیدگی به تخلفات معرفی نمی‌شوند یا لازم است تا زمان صدور رای نهایی مراجع ذیربط تصمیماتی در مورد آنها اخذ شود. نظارت بر اجرای صحیح دستورالعمل "ممنوعیت استفاده غیر متعارف از تلفن همراه در حین انجام وظیفه در مؤسسات پزشکی و تشخیص درمانی توصیه موکد می‌گردد.</p>
سطح دو	الف-۳-۲ نتایج ارزشیابی سالانه کارکنان، در طراحی برنامه آموزشی و ارتقاء شغلی کارکنان استفاده می‌شوند.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ دسترسی به دستورالعمل ارزشیابی کارکنان در بیمارستان ❖ اطلاع‌رسانی و دسترسی به فرم ارزشیابی سالانه برای تمامی رده‌های شغلی بر اساس شرح وظیفه ❖ شروع فرایند ارزشیابی سالانه با خود ارزیابی افراد و تکمیل جدول مربوطه در فرم ارزیابی ❖ تهیه فهرستی از نقاط قابل بهبود کارکنان در هر یک از بخش‌ها / واحدها ❖ استفاده از نتایج ارزشیابی در روند ارتقا کارکنان ❖ استفاده از نتایج ارزشیابی برنامه‌ریزی آموزشی توسط مسئولان واحدها/ بخش‌ها <p>انتظار می‌رود دوره‌های آموزشی ارتقاء دهنده نقاط قابل بهبود کارکنان که در فرایند ارزشیابی کارکنان شناسایی شده اند در برنامه‌ریزی آموزشی لحاظ شود. بیمارستان‌های خصوص و غیر دانشگاهی می‌توانند از دستورالعمل ارزشیابی عملکرد مدیران و کارکنان دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور و سازمان‌های وابسته و فرم‌های مربوطه استفاده نمایند.</p>

سطح دو	<p>الف-۳-۳ شایستگی کارکنان بر اساس معیارهای معین ارزیابی شده و نتایج آن ملاک ارتقای شغلی کارکنان است.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ مشخص بودن روند ارتقای شغلی در رده‌های شغلی مختلف در مقررات داخلی بیمارستان ❖ آگاهی کارکنان از ضوابط و روند ارتقای شغلی خود ❖ ارتقای شغلی کارکنان مطابق ضوابط ایلاقی و احکام کارگزینی مربوط ❖ انتصاب مدیران و مسئولان بخش‌ها/ واحدها متناسب با شایستگی‌های دانشی، مهارتی و تجربه افراد و شواهد عملکردی آنان ❖ داشتن حسن شهرت و نداشتن سوء سابقه در زمینه اخلاق حرفه‌ای شرط لازم برای انتصاب‌های مدیریتی
	<p>در کتابچه مقررات داخلی بیمارستان درموضوع اداری و مالی مدل‌های شایستگی مدیران و ارتقای شغلی کارکنان تبیین شود. ایجاد بانک اطلاعات کارکنان و مدیران در بیمارستان به ثبت توانمندی‌ها و شایستگی‌های برجسته مدیران میانی و کارکنان توصیه می‌شود. ملاک‌های چهارگانه ویژگی‌های تحصیلی، دانشی، مهارتی و تجربه توسط سازمان/ نهاد بالادستی و یا توسط تیم رهبری و مدیریت بیمارستان تعیین و ابلاغ می‌شود.</p>
سطح سه	<p>الف-۳-۴ کارکنان نمونه، بر اساس عوامل کلیدی معین و مؤثر بر کیفیت کار، شناسایی شده و مورد تشویق قرار می‌گیرند.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ تعیین ملاک‌های شناسایی و معرفی کارکنان نمونه در تمامی بخش‌ها/ واحدها ❖ اطلاع رسانی ملاک‌های شناسایی و معرفی کارکنان نمونه به تمامی کارکنان ❖ انتخاب کارکنان نمونه بر اساس ملاک‌های شناسایی شده و با روش مشخص ❖ داشتن حسن شهرت و عدم وجود سوء سابقه در زمینه اخلاق حرفه‌ای شرط لازم برای پرسنل نمونه
	<p>این سنجج ارتقایی به انتخاب کارمند نمونه توسط سازمان‌های بالا دستی ندارد و انتظار می‌رود هر بیمارستان به صورت داخلی اقدام نماید.</p>
سطح	<p>الف-۳-۴ بیمارستان برای حمایت از کارکنان برنامه‌های بدون داشته و بر اساس آن عمل می‌نماید.</p>
سطح یک	<p>الف-۳-۱ اصل محرمانه بودن و امنیت اطلاعات کارکنان و سطح بندی دسترسی به این اطلاعات رعایت می‌شود.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ تعیین حداقل محتوای پرونده پرسنلی منطبق با قوانین سازمان‌های بالادستی ❖ وجود فضای بایگانی منطبق بر استانداردها از نظر مساحت، دما، رطوبت و استفاده از ملزومات و تجهیزات با کیفیت برای نگهداری اسناد پرسنلی ❖ رعایت اصل محرمانگی، تعیین سطح دسترسی‌ها با نظارت مسئول واحد منابع انسانی ❖ وجود پرونده پرسنلی کاغذی/ الکترونیک برای تمامی کارکنان در واحد منابع انسانی بزرگه شمار نمونه و جداسازی اوراق پرونده‌های پرسنلی ❖ وجود پرونده پرسنلی کاغذی/ الکترونیک برای کارکنان بخش‌ها و واحدهای برون سپاری شده
	<p>لهرست اوراق پرونده در قسمت داخلی جلد پرونده نصب گردد و صفحات شماره گذاری و با جدا کننده از هم جدا شود. فرم قراردادهای کارکنان قراردادی و شرکتی و در بخش‌های غیر دولتی، دارای امضای کارفرما و بیمه‌کار باشد. فرم ارشیهایی کارکنان مبتنی بر مدت قرارداد تکمیل و با امضای ارشیهایی کننده و ارشیهایی شونده رسیده باشد. به منظور حفظ محرمانگی، محل نگهداری مستندات مربوط به موارد سوء رفتار حرفه‌ای کارکنان توسط کمیته اخلاق بیمارستانی تعیین گردد. ایجاد پرونده الکترونیکی به استثنای مستندات قانونی که فیزیک آن‌ها مورد نیاز کارکنان و بیمارستان است مانند بیمه عمر، تأییدیه تحصیلی و سایر موارد. توسط مسئول واحد منابع انسانی و تأیید مدیر بیمارستان و استخراج برگه‌های غیر جاری و غیر ضرور و انتقال آن‌ها به بایگانی راکد در محیطی امن و ایمن توصیه می‌شود.</p> <p>طبق بخشنامه شماره ۱۷۵۰/۳۰۶ مورخ ۱۳۹۰/۲/۳ مرکز سلامت محیط و کار وزارت بهداشت، محل نگهداری فرم‌های معاینات شغلی در واحد بهداشت حرفه‌ای است.</p>
سطح دو	<p>الف-۳-۲ اطلاعات مربوط به مرخصی و سوابق حوادث شغلی احتمالی کارکنان، به تفکیک بخش‌ها، واحدها، در واحد منابع انسانی نگهداری می‌شوند.</p>
	<p>وجود سوابق کاغذی/ الکترونیک مرخصی استحقاقی و استعلاجی و بدون حقوق تمامی کارکنان در تمامی واحدها و واحدهای برون سپاری شده در واحد منابع انسانی</p> <p>وجود سوابق کاغذی/ الکترونیک سوابق حوادث شغلی برای تمامی کارکنان در کلیه واحدها و واحدهای برون سپاری شده در واحد منابع انسانی</p> <p>سوابق کاغذی/ الکترونیک حوادث شغلی کارکنان و اقدامات انجام شده در بیمارستان موجود باشد و کارکنان اقدامات انجام شده را در زمینه حوادث شغلی تایید نمایند.</p>

الف-۳-۴-۳ عملکرد و تصمیمات تیم مدیریت و رهبری نشان دهنده ارزش گذاری، توسعه و حمایت از کارکنان است.	سطح دو
<ul style="list-style-type: none"> ❖ وجود رویکرد عاری از سرزنش نابجای کارکنان منطبق بر نگرش سیستمیک و فرهنگ ایمنی بیمار در وقایع ناخواسته درمان از سوی تیم رهبری و مدیریت ❖ وجود سیستم حمایتی حقوقی و قانونی مانند بیمه مسئولیت مدنی و حمایت از پرسنل در وقایع ناخواسته درمان در موارد غیر از قصور ❖ رسیدگی به شکایات/ توجه و ارزش گذاری به پیشنهادات کارکنان در موارد مرتبط با مشکلات محیطهای کاری ❖ تقویت ارتباط با کارکنان با تیم رهبری و مدیریت از طریق برنامه ملاقات حضوری و جلسات پرسش و پاسخ ❖ مدیریت صحیح تعارضات داخلی بخشها و مشکلات بین بخشی توسط مدیران میانی و تیم رهبری و مدیریت ❖ ایجاد اطمینان و امنیت شغلی برای تمامی ردههای شغلی بیمارستان ❖ ناپدید کارکنان مبنی بر ارزش گذاری، توسعه و حمایت از کارکنان از سوی تیم رهبری و مدیریت بیمارستان 	
<p>✓ نتایج سایر استانداردهای این محور نیز با در نظر گرفتن نتیجه این استاندارد ارزیابی خواهد شد و این سنجش دارای وزن و تاثیر بالایی در نتایج ارزیابی است.</p> <p>مصوبات کمیتههای متنوع بیمارستانی و تصمیمات تیم رهبری و مدیریت بیان کننده جایگاه کارکنان به عنوان ارزشمندترین سرمایه در بیمارستان است. انتظار می رود شواهد متعددی در حمایت از کارکنان در تصمیمات و اقدامات تیم رهبری و مدیریت احصاء شود.</p>	
الف-۳-۴-۳ رضایت کارکنان حداقل دو بار در سال و با فاصله شش ماه ارزیابی و بر اساس نتایج آن اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود مؤثر اجرا می شود.	سطح دو
<ul style="list-style-type: none"> ❖ انجام رضایت مندی کارکنان با پرسشنامه پایا و روا حداقل هر شش ماه ❖ مقایسه نتایج رضایت کارکنان دورههای قبلی، بیش بینی راهکارهای بهبود ❖ طراحی اقدامات اصلاحی برنامه بهبود بر اساس نتایج رضایت سنجی از کارکنان 	
<p>بایایی و روایی پرسشنامه بایستی با استفاده از روشهای علمی توسط دفتر بهبود کیفیت انجام شود. بیش بینی برنامههای انگیزشی، رفاهی و فرهنگی برای افزایش رضایت و ارتقای انگیزش کارکنان است. البته غالب مدیران بر این باورند که مسائل معیشتی کارکنان مهمترین عامل رضایتمندی کارکنان است اما مطالعات معتبر در مدیریت منابع انسانی، نقش بیشتری برای بهداشت محیط کار، احترام به وجاهت شغلی، رعایت اصول اخلاقی از سوی تیم رهبری و مدیریت و توجه بیشتر به ارزشهای انسانی و اجتماعی کارکنان و حذف هر گونه تبعیض و بی عدالتی، در افزایش انگیزه و رضایت کارکنان قائل هستند. این امر مهم نیازمند حضور مؤثر رهبری است.</p>	
الف-۳-۴-۳ رضایت کارکنان در بیمارستان به نحوی است که اشتغال در این مرکز را به سایرین توصیه می نمایند.	سطح سه
<ul style="list-style-type: none"> ❖ رضایت کامل مدیران مسئولان بخشها/واحدهای بیمارستان به دیگر همکاران خود جهت اشتغال در این مرکز ❖ رضایت کامل و توصیه پزشکان بیمارستان به دیگر همکاران خود جهت اشتغال در این مرکز ❖ رضایت کامل و توصیه پرستاران بیمارستان به دیگر همکاران خود جهت اشتغال در این مرکز ❖ رضایت کامل و توصیه کارکنان بازآکلینیک بیمارستان به دیگر همکاران خود جهت اشتغال در این مرکز ❖ رضایت کامل و توصیه کارکنان اداری مالی و پشتیبانی بیمارستان به دیگر همکاران خود جهت اشتغال در این مرکز 	
<p>بالاترین مرتبه رضایتمندی توصیه بهرمنندی به دیگران است. این استاندارد در ارزیابیهایی مستقل توسط ارزیابان وزارت بهداشت امتیازدهی خواهد شد.</p>	
الف-۳-۴-۳ امکانات رفاهی بر اساس شاخصهای مبتنی بر شواهد عینی و ضوابط مربوط، به کارکنان تعلق می گیرد.	سطح سه
<ul style="list-style-type: none"> ❖ بیش بینی امکانات رفاهی، برنامههای فرهنگی آموزشی/ تفریحی برای کارکنان ❖ توزیع عادلانه امکانات رفاهی و فرهنگی بر اساس ملاکهای عملکردی معین 	
<p>بیش بینی امکانات فوق برنامههای برای تقویت انگیزش کارکنان و ایجاد فضای دوستی و همکاری صمیمانه و در نهایت، ارتقای شاخص تعلق سازمانی در بین کارکنان است. اما سطح و ابعاد این برنامهها در ارزیابی بیمارستان تاثیر نداشتند و توجه برگزاری یک مراسم جشن روز پرستار یا کارمند یا پزشک هم می تواند ملاک ارزیابی باشد. منظور از دسترسی عادلانه، آگاهی کارکنان به نحوه اطلاع رسانی عمومی و استفاده از امکانات رفاهی بر اساس ضوابط مشخص، برنامههای فرهنگی آموزشی و تفریحی بیمارستان است. تعیین ملاکهای عملکردی برای استفاده کارکنان از امکانات رفاهی، برنامههای فرهنگی آموزشی و تفریحی مانند پیشنهادات مؤثر، رضایت بیماران و سایر ملاکهای مدنظر مدیران ارشد است.</p>	



سطح سه	الف-۳-۴-۷ تعلق سازمانی در میان کارکنان مشهود بوده و رده‌های مختلف شغلی نسبت به موفقیت سازمان احساس مسئولیت می‌نمایند.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ خوش‌بینی کارکنان به روند توسعه و بهبود مستمر کیفیت خدمات در بیمارستان ❖ انگیزه و اشتیاق وافر کارکنان به انجام وظایف سازمانی ❖ بالا بودن نرخ ماندگاری کارکنان ❖ پایین بودن نرخ غیبت و ترک خدمت در بیمارستان ❖ احساس مسئولیت نسبت به موفقیت سازمان در رده‌های مختلف شغلی <p>در صورت استقرار این استاندارد انتظار می‌رود کیفیت ارائه خدمات، پاسخگویی کارکنان به بیماران مراجعین و بیمارمحوری در سطح مطلوب احصاء شود.</p>
سطح سه	الف-۳-۴-۸ * بیمارستان در قبال عملکرد/نقش کارکنان در وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات/مراقبت مبتنی بر فرهنگ ایمنی بیمار اقدام می‌نماید.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ آشنایی و اشراف تیم رهبری و مدیریت به اصول فرهنگ ایمنی بیمار در قبال مدیریت کارکنان درگیر در وقایع ناخواسته ❖ تعهد تیم رهبری و مدیریت به مبانی فرهنگ ایمنی بیمار در قبال مدیریت کارکنان درگیر در وقایع ناخواسته ❖ آگاهی تیم رهبری و مدیریت از نقش نواقص عوامل سیستمیک، زمینه‌ساز و نیز تاثیر عوامل انسانی^۱ در بروز وقایع ناخواسته و خطاها ❖ ایفای نقش موثر از سوی تیم رهبری و مدیریت در خصوص وقایع تهدید کننده ایمنی بیمار از منظر نقش/عملکرد کارکنان ❖ حمایت تیم رهبری و مدیریت از کارکنان درگیر در وقایع ناخواسته منطبق بر مبانی فرهنگ منصفانه ایمنی بیمار ❖ عدم پذیرش بی‌مبالاتی‌های کارکنان درگیر در وقایع ناخواسته در مواردی مانند میلتیر زدن یا بی توجهی به قوانین جاری <p>تیم مدیریت و رهبری بیمارستان این موضوع را درک می‌نماید که کارکنان حرفه‌ای واجد صلاحیت ممکن است دچار اشتباه شوند و حتی ممکن است تحت شرایط، رفتارهای متفاوت با هنجارهای سازمانی از خود بروز دهند ولی بی‌مبالاتی‌ها قابل پذیرش و تحمل نمی‌باشند. در موارد مقتضی، تیم رهبری و مدیریت از کارکنان درگیر در وقایع ناخواسته منطبق بر مبانی فرهنگ منصفانه ایمنی بیمار حمایت می‌کند. این حمایت می‌تواند شامل حمایت عاطفی، مالی از جمله بیمه مسئولیت حرفه‌ای کارکنان و سایر موارد قانونی/حقوقی باشد.</p>

¹ Human Factors



الف-۳-۵ بهبود شرایط و سالم سازی محیط کار، برنامه ریزی شده و بر اساس آن اقدام می‌شود.	سطح
<p>الف-۳-۱ وسایل حفاظت فردی و راهنماهای تصویری متناسب با فعالیت بخش‌ها واحدهای مختلف در دسترس بوده و به نحوه صحیح استفاده می‌شوند.</p> <p>❖ تامین وسایل حفاظت فردی متناسب با اصول احتیاطات در بخش‌ها/ واحدها بر اساس کتاب نظام کنترل عفونت‌های بیمارستانی</p> <p>❖ وجود راهنماهای تصویری برای استفاده صحیح از وسایل حفاظت فردی در بخش‌ها / واحدها</p> <p>❖ دسترسی کارکنان به وسایل حفاظت فردی مناسب و متناسب برای حفاظت فردی در موارد نیاز</p> <p>❖ تحویل و استفاده به موقع و مناسب کارکنان از وسایل حفاظت فردی در تمامی مشاغل مشمول در بیمارستان بر طبق ماده ۹۱ قانون کار</p> <p>❖ انجام اقدامات اصلاحی در خصوص پیگیری نواقص موجود در زمینه وسایل حفاظت فردی</p>	سطح یک
<p>➤ مواردی از اقدامات کارشناس بهداشت حرفه ای بیمارستان در راستای پیاده سازی این استاندارد^۱</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. برنامه ریزی و انجام نیاز سنجی وسایل حفاظت فردی مورد نیاز جهت کارکنان به تفکیک بخش‌ها و واحدهای مختلف ۲. بازدید از بخش‌ها واحدهای بیمارستان به منظور نظارت بر استفاده و نگهداری صحیح وسایل حفاظت فردی ۳. تحلیل نتایج ارزیابی استفاده و نگهداری صحیح وسایل حفاظت فردی ۴. تهیه وسایل حفاظت فردی بر اساس نتایج اندازه گیری عوامل زیان آور محیط کار ۵. نظارت بر تحویل و استفاده به موقع کارکنان از وسایل حفاظت فردی بر طبق ماده ۹۱ قانون کار ۶. اجرای برنامه آموزشی جهت کارکنان در خصوص نحوه استفاده صحیح از وسایل حفاظت فردی ۷. بررسی و الزام تعهدات پیمانکاران جهت تامین و توزیع وسایل حفاظت فردی طبق صلاحیت ایمنی پیمانکاران و آئین نامه امور ایمنی پیمانکاران ۸. نظارت بر اقدامات لازم جهت در اختیار قرار دادن وسایل حفاظت فردی به همراهان بیمار در بخش‌های پرخطر^۲ ۹. تهیه کتابچه الکترونیک راهنما و هشام تصویری استفاده از وسایل حفاظت فردی به تفکیک مشاغل مختلف <p>ماده ۹۱ قانون کار: کارفرمایان و مسئولان کلیه واحدهای موضوع ماده (۸۵) این قانون مکلفند بر اساس مصوبات شورای عالی حفاظت فنی برای تامین حفاظت و سلامت و بهداشت کارگران در محیط کار، وسایل و امکانات لازم را تهیه و در اختیار آنان قرار داده و چگونگی کاربرد وسایل فوق الذکر را به آنان بیاموزند و در خصوص رعایت مقررات حفاظتی و بهداشتی نظارت نمایند. افراد مذکور نیز ملزم به استفاده و نگهداری از وسایل حفاظتی و بهداشتی فردی و اجرای دستورالعمل‌های مربوط کارگاه می باشند. وسایل حفاظت فردی با توجه به نتایج اندازه‌گیری عوامل زیان آور محیط کار و نیاز سنجی‌های انجام شده از بخش‌ها و واحدهای مختلف تهیه می‌شود. همچنین در بخش‌های پرخطر از جمله اتاق ایزوله، بخش‌های مراقبت ویژه، هماتولوژی، شیمی درمانی، سوختگی و ... وسایل حفاظت فردی علاوه بر کارکنان در اختیار ملاقات کنندگان و مراجعین نیز قرار می‌گیرد.</p> <p>از جمله مصدق مهم تامین وسایل حفاظت فردی متناسب با اصول احتیاطات بر اساس کتاب نظام کنترل عفونت‌های بیمارستانی، مولعیت‌های استفاده از ماسک N95 در هنگام انجام پروسیجرهای تولید کننده آئروسل به نحوه صحیح در تمامی بخش‌های بالینی شناسایی و در مواجهه با بیمار، مشکوک / محتمل / مبتلا به عفونت‌های مسری است. تدوین فهرست وسایل حفاظت فردی متناسب با اصول احتیاطات در بخش‌ها واحدها و تعداد مورد نیاز بر اساس نوع بیمارستان بستری و دستورالعمل‌های ایلامی وزارت بهداشت، با مشارکت تیم کنترل عفونت و مسئولان بخش‌ها واحدها و آن در جلسه مشترک کمیته کنترل عفونت و حفاظت فنی و بهداشت کار توصیه می‌شود.</p>	

^۱ برای دسترسی به اطلاعات بیشتر در خصوص نتیجه‌های بهداشت حرفه ای به راهنماهای موجود در سایت مرکز سلامت محیط و کار آدرس <http://markazsalamat.behdasht.gov.ir> نامه شماره ۲۰۶/۱۲۲۳ مورخ ۹۷/۵/۲۷ نفری کتاب ایمنی و بهداشت حرفه ای در بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی درمانی انتشارات دانشگاه علوم پزشکی شیراز و کتاب حدود مجاز مواجهه شغلی به شماره ۳۰۰/۸۶۳۳ مورخ ۹۵/۵/۲۰ دستورالعمل شرکت‌های خصوصی ارائه دهنده خدمات بهداشت حرفه ای به شماره ۳۰۰/۸۶۳۳ مورخ ۹۲/۵/۲۲ مراجعه فرمایید.

^۲ اتاق ایزوله، مراقبت‌های ویژه، هماتولوژی، شیمی درمانی و ...



سماج دو	الف-۳-۵-۲ عوامل زیان آور شیمیایی محیط کار شناسایی و مدیریت می‌شوند.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ اندازه‌گیری عوامل زیان آور شیمیایی محیط کار حداقل در بخش‌های پرخطر ❖ شناسایی عوامل زیان آور شیمیایی محیط کار براساس نتایج ارزیابی ❖ کنترل عوامل زیان آور شیمیایی محیط کار، در موارد بالاتر از حد مجاز، براساس نتایج ارزیابی ❖ ارزیابی اثر بخشی اقدامات اصلاحی در زمینه کنترل زیان آور عوامل شیمیایی محیط کار
	<p>عوامل زیان آور شیمیایی تمامی مواد شیمیایی و آلاینده‌های محیطی هستند که تماس با آنها معمولاً به مرور موجب ثرات زیان آور روی سلامتی انسان و موجودات زنده می‌شود. عوامل زیان آور شیمیایی گازها و بخارها و گرد و غبارها و بطور کلی سایر آئروسول‌ها را شامل می‌شود.</p> <p>واحدهای پر خطر مرتبط با عوامل زیان آور شیمیایی محیط کار شامل آزمایشگاهها، پاتولوژی، اتاق عمل و ریکلوری، لاندری، شیمی درمانی و تاسسات استرایلیزاسیون مرکزی، دیالیز، انبار مواد شیمیایی هستند. اولین گام در ارزیابی محیط کار، شناخت و بررسی چگونگی روش کار و فرآیندهای کاری در بخش‌ها/واحدهای مختلف شناسایی گروه‌های در معرض خطر، از طریق بازدیدهای میدانی مستمر و شناسایی انواع عوامل زیان آور شیمیایی محیط کار شامل گازها و بخارات شیمیایی، مواد شیمیایی مایع، گرد و غبار، دود و دمه می‌باشد. ارزیابی کمی عوامل شیمیایی بخش‌ها/واحدهای مختلف توسط مراجع ذی صلاح طبق نظر کارشناس بهداشت حرفه ای صورت می‌گیرد.</p> <p>➤ مواردی از اقدامات کارشناس بهداشت حرفه ای بیمارستان در راستای پیاده سازی این استاندارد</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. شناسایی و ارزیابی کیفی (چک لیست) عوامل شیمیایی موجود در بخش‌های مختلف ۲. ارزیابی کمی عوامل شیمیایی بخش‌های مختلف توسط مراجع ذیصلاح طبق کتابچه حدود مجاز مواجهه شغلی^۱ و دستورالعمل‌های وزارت بهداشت ۳. بازدیدهای میدانی مستمر از بخش‌های مختلف در خصوص بررسی عوامل زیان آور شیمیایی ۴. ارائه گزارش نواقص در زمینه عوامل شیمیایی موجود بر اساس بازدیدهای انجام شده و ارزیابی‌های کمی در بخش‌ها به کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار ۵. بررسی کارایی سیستم تهویه طبیعی و مکانیکی در بخش‌های بیمارستان به صورت کمی و کیفی ۶. ارزیابی مستمر کیفیت عملکرد هودهای آزمایشگاهی، شیمی درمانی، داروسازی، آشپزخانه و... ۷. آموزش کارکنان در زمینه نحوه مواجهه با عوامل شیمیایی محیط کار با توجه به جامعه هدف و بررسی اثربخشی آن ۸. تدوین و اطلاع رسانی کتابچه الکترونیک آموزشی ایمنی و سلامت شغلی در حیطه عوامل زیان آور شیمیایی ۹. ارزیابی اثر بخشی اقدامات اصلاحی در زمینه کنترل عوامل شیمیایی زیان آور محیط کار <p>اندازه‌گیری عوامل زیان آور شیمیایی محیط کار حداقل در بخش‌های پرخطر مرتبط با عوامل زیان آور شیمیایی حداقل یک بار بایستی برنامه‌ریزی و انجام شود و در صورت هر گونه تغییر در ساختار، فرآیند، شکایت کارکنان، بنا بر تشخیص و ارزیابی کارشناس مسئول بهداشت حرفه ای و پیشنهاد در خصوص تکرار و انجام ارزیابی مجدد کنترل خطر در صورت طرح در کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار و تأیید اعضا کمیته بیمارستان بایستی نسبت به اندازه گیری مجدد اقدام شود.</p>

¹ OEL



سماج دو	الف-۳-۵-۳ عوامل زیان آور فیزیکی محیط کار شناسایی و مدیریت می‌شوند.
<ul style="list-style-type: none"> ❖ اندازه گیری، ارزیابی و کنترل عوامل زیان آور فیزیکی محیط کار حداقل در بخش‌های پرخطر ❖ شناسایی عوامل زیان آور فیزیکی محیط کار بر اساس نتایج ارزیابی ❖ کنترل عوامل زیان آور فیزیکی محیط کار ❖ ارزیابی اثر بخشی اقدامات اصلاحی در زمینه کنترل عوامل زیان آور فیزیکی محیط کار 	
<p>کنترل عوامل زیان آور فیزیکی محیط کار، شامل روشنایی، ارتعاش، پرتوهای غیر یونیزان، میدان‌های الکتریکی و مغناطیسی، صدا شرایط جوی متناسب با فعالیت بخش‌ها/واحدها انجام می‌شود.</p>	
<p>فهرست بخش‌های پرخطر به تفکیک عوامل زیان آور به شرح زیر می باشد</p>	
عوامل زیان آور	بخش / واحد پرخطر
صدا	آشپزخانه، تأسیسات، اتاق عمل، بخش زنان و زایمان، اتاق گچ بری، بخش ام آر ای و سی تی اسکن، لاینری و استرایلایزاسیون مرکزی
روشنایی	تمامی بخش‌ها و اتاق بیماران و محوطه بیمارستان
پرتو غیر یونیزان	اتاق عمل، NICU، اتاق ایزوله، تأسیسات، فیزیوتراپی، اتاق لیزر و بخش‌های درمانی و بازاکلیتیک که توسط اشعه فلوراینتشن گندزدایی می‌شوند.
ارتعاش	تأسیسات، اتاق‌های برش گچ و جراحی ارتوپدی، خدمات (دستگاه چمن زنی فضای سبز)
میدان مغناطیسی	اتاق‌های برق، تابلو برق، بخش ام آر ای و سی تی اسکن، رادیولوژی و اتاق سرور، تأسیسات، آشپزخانه، اتاق عمل و استرایلایزاسیون مرکزی،
شرایط جوی	شاخص استرسی‌های حرارتی لاندبری و از لحاظ شاخص آسایش دمایی تمامی بخش‌ها و اتاق بیماران
<p>➤ مواردی از اقدامات کارشناس بهداشت حرفه ای بیمارستان در راستای پیاده سازی این استاندارد</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. شناسایی و ارزیابی کیفی عوامل فیزیکی صدا و ارتعاش، روشنایی، پرتوهای یونیزان، غیر یونیزان، شرایط جوی محیط کار در بخش‌های پرخطر ۲. ارزیابی کمی عوامل فیزیکی صدا و ارتعاش، روشنایی، پرتوهای یونیزان و غیر یونیزان، شرایط جوی محیط کار در بخش‌های پرخطر توسط مراجع ذیصلاح بر اساس کتابچه حدود مجاز مواجهه شغلی طبق دستورالعمل‌های وزارت بهداشت ۳. بازدهی‌های میدانی بصورت مستمر از بخش‌های مختلف در خصوص بررسی عوامل زیان آور فیزیکی ۴. ارائه گزارش نواقص در زمینه عوامل فیزیکی موجود بر اساس بازدیدهای انجام شده و ارزیابی‌های کمی در بخش‌ها به کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار ۵. آموزش کارکنان در زمینه نحوه مواجهه با عوامل فیزیکی محیط کار با توجه به جامعه هدف و بررسی اثربخشی آن ۶. تدوین و اطلاع رسانی کتابچه الکترونیک آموزشی ایمنی و سلامت شغلی در حیطه عوامل زیان آور فیزیکی ارزیابی اثر بخشی اقدامات اصلاحی 	
<p>اندازه‌گیری عوامل زیان آور فیزیکی محیط کار حداقل در بخش‌های پرخطر مرتبط با عوامل زیان آور فیزیکی حداقل یک بار بایستی برنامه‌ریزی و انجام شود و در صورت هرگونه تغییر در ساختار، فرآیند، شکایت کارکنان، نیاز تشخیص و ارزیابی کارشناس مسئول بهداشت حرفه ای و پیشنهاد در خصوص تکرار و انجام ارزیابی مجدد کنترل خطر در صورت طرح در کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار و تأیید اعضا کمیته بیمارستان بایستی نسبت به اندازه گیری مجدد اقدام شود.</p>	
<p>📄 فرم گزارش اندازه‌گیری صدا به شماره ۳۰۶/۱۹۰۷۸ مورخ ۹۰/۶/۲۶</p>	



سماج دو	الف-۳-۵-۴ عوامل زیان آور بیولوژیکی محیط کار شناسایی و مدیریت می‌شوند.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ اندازه گیری، ارزیابی و کنترل عوامل زیان آور بیولوژیکی محیط کار حداقل در بخش‌های پرخطر ❖ شناسایی عوامل زیان آور بیولوژیکی محیط کار براساس نتایج ارزیابی ❖ کنترل عوامل زیان آور بیولوژیکی محیط کار ❖ ارزیابی اثربخشی اقدامات اصلاحی در زمینه کنترل عوامل زیان آور بیولوژیکی محیط کار
	<p>عوامل زیان آور بیولوژیک تمامی پاتوژن‌ها و عوامل بیماری‌زای میکروبی شامل ویروس‌ها، باکتری‌ها، انگل‌ها، قارچ‌ها و ...:؛</p> <p>واحدهای پرخطر مرتبط با عوامل زیان آور بیولوژیک محیط کار شامل بخش‌های ویژه (اتاق عمل، اورژانس، NICU)، آنژیوگرافی، مراقبت‌های ویژه، اتاق‌های ایزوله و اتاق زایمان، آزمایشگاه، پاتولوژی، جنین شناسی است.</p> <p>➤ مواردی از اقدامات کارشناس بهداشت حرفه ای بیمارستان در راستای پیاده سازی این استاندارد</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. شناسایی و ارزیابی کیفی عوامل بیولوژیک در بخش‌های مختلف با هماهنگی و همکاری واحد کنترل عفونت ۲. بازدیدهای میدانی مستمر از بخش‌های مختلف با هماهنگی و همکاری واحد کنترل عفونت در خصوص بررسی عوامل زیان آور بیولوژیک ۳. ارائه گزارش نتایج در زمینه عوامل بیولوژیک بر اساس بازدیدهای مشترک انجام شده با واحد کنترل عفونت ۴. آموزش کارکنان در زمینه نحوه مواجهه با عوامل بیولوژیک محیط کار با توجه به جامعه هدف و بررسی اثربخشی آن با همکاری واحد کنترل عفونت ۵. بررسی مستمر کارایی سیستم تهویه در اتاق عمل، اتاق ایزوله، آزمایشگاه و بخش‌های ویژه و هودهای بیولوژیکی ۶. نظارت بر تعویض بمواقع فیلترهای هیا در سیستم‌های تهویه طبق دستورالعمل‌های وزارت بهداشت ۷. ارزیابی اثربخشی اقدامات اصلاحی در زمینه کنترل عوامل بیولوژیک محیط کار با همکاری واحد کنترل عفونت ۸. گزارش ارزیابی‌ها، اقدامات اصلاحی و اثربخشی آن‌ها در زمینه کنترل عوامل بیولوژیک به جلسه مشترک کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار و کنترل عفونت <p>اندازه‌گیری عوامل زیان آور بیولوژیک محیط کار حداقل در بخش‌های پرخطر مرتبط با عوامل زیان آور بیولوژیک حداقل یک بار بایستی برنامه‌ریزی و انجام شود و در صورت هرگونه تغییر در ساختار، فرآیند، شکایت کارکنان، سایر تشخیصی و ارزیابی کارشناس مسئول بهداشت حرفه ای و پیشنهاد در خصوص تکرار و انجام ارزیابی مجدد کنترل خطر در صورت طرح در جلسه مشترک کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار و کنترل عفونت و تأیید اعضا کمیته بیمارستان بایستی نسبت به اندازه گیری مجدد اقدام شود.</p>



سطح سه	الف-۳-۵ عوامل زیان آور ارگونومیک محیط کار شناسایی و مدیریت می‌شوند.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ بررسی میزان شیوع آسیب‌های اسکلتی-عضلانی شاغلین و ایستگاه‌های بخش‌های مختلف ❖ تعیین مشاغل یا ریسک فاکتورهای ارگونومیک بالا ❖ کنترل عوامل ارگونومیک محیط کار، بر اساس اولویت بندی در مشاغل یا ریسک فاکتور ارگونومیک بالا ❖ ارزیابی اثربخشی اقدامات اصلاحی در زمینه کنترل عوامل زیان آور ارگونومیک محیط کار
	<p>عوامل زیان آور ارگونومیک شامل وضعیت نامطلوب بدنی، وارد شدن فشار بیش از حد بر روی اندام، فقدان تناسب جسمانی و روانی میان انسان و کار، هل دادن و بلند کردن، کشیدن و حمل بار و ابزار نامناسب ایستگاهها و وضعیت‌های کاری هستند. شیوع آسیب‌های اسکلتی عضلانی شاغلین در مشاغل دارای ریسک فاکتورهای ارگونومیک شامل تمامی بخش‌های نادری، درمانی و پاراکلینیک، بر اساس بازدهی‌های میدانی مستمر و مستند از بخش‌های مختلف انجام می‌شود. اقدامات اصلاحی برای کنترل عوامل زیان آور ارگونومیک مانند اصلاح ایستگاه کاری، اصلاح پوسچر مناسب بر اساس اولویت بندی انجام شده صورت می‌پذیرد.</p> <p>➤ مواردی از اقدامات کارشناس بهداشت حرفه ای بیمارستان در راستای پیاده سازی این استاندارد</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. شناسایی و ارزیابی ریسک فاکتورهای ارگونومیک مشاغل مختلف، در بیمارستان به روش‌های متداول^۱ ۲. بازدهی‌های میدانی بصورت مستمر از بخش‌های مختلف توسط کارشناس بهداشت حرفه‌ای در خصوص بررسی عوامل زیان آور ارگونومیک ۳. ارائه گزارش نواقص در زمینه عوامل ارگونومیک موجود بر اساس بازدهی‌های انجام شده و ارزیابی‌های کمی در بخش‌ها به کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار ۴. حداقل یک بار بررسی شیوع اختلالات اسکلتی عضلانی شاغلین بخش‌های مختلف ۵. اولویت بندی ریسک فاکتورهای موجود بر اساس ارزیابی‌های انجام شده ۶. آموزش کارکنان در خصوص نحوه پیشگیری و افزایش آگاهی در زمینه ایجاد اختلالات اسکلتی عضلانی در محیط کار به صورت میدانی و با حضور در محل کار ۷. تدوین و اطلاع رسانی کتابچه الکترونیک آموزشی ایمنی و سلامت شغلی در حیطه عوامل زیان آور ارگونومیک ۸. ارزیابی اثربخشی اقدامات اصلاحی در زمینه عوامل ارگونومیک محیط کار ۹. گزارش نتایج ارزیابی اثربخشی اقدامات اصلاحی در زمینه عوامل ارگونومیک محیط کار به کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار <p>اندازه‌گیری عوامل زیان آور بیولوژیک محیط کار حداقل در بخش‌های پرخطر مرتبط با عوامل زیان آور بیولوژیک حداقل یک بار بایستی برنامه‌ریزی و انجام شود و در صورت هرگونه تغییر در ساختار، فرآیند، شکایت کارکنان، خیار تشخیص و ارزیابی کارشناس مسئول بهداشت حرفه ای و پیشنهاد در خصوص تکرار و انجام ارزیابی مجدد کنترل خطر در صورت طرح در جلسه مشترک کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار به کنترل عفونت و تأیید اعضا کمیته بیمارستان بایستی نسبت به اندازه‌گیری مجدد اقدام شود.</p> <p>📖 آیین نامه حفاظتی حمل بار دستی به شماره ۱۰۰/۶۶۶ مورخ ۹۰/۵/۱۱</p>

¹ RULA, ROSA, QEC, REBA..



سطح	الف-۳-۶ حوادث شغلی در سطح بیمارستان پیشگیری و مدیریت می‌شوند.
سطح دو	<p>الف-۳-۶-۱ برنامه ایمنی شیمیایی به صورت مندرج در سطح بیمارستان اجرا و مدیریت می‌شود.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ شناسایی و طبقه بندی مواد شیمیایی مورد استفاده در بیمارستان ❖ برنامه زمان بندی شده جهت بازدیدهای میدانی از بخش‌های مختلف در خصوص بررسی وضعیت مواد شیمیایی مورد استفاده در بخش‌ها و انبارها ❖ تعیین فهرست مواد شیمیایی با حداقل کمیت مواد شیمیایی با پتانسیل ایجاد حادثه^۱ و انجام اقدامات لازم در خصوص مواد فوق طبق دستورالعمل موجود ❖ تهیه برگه اطلاعات ایمنی شیمیایی^۲ و ارائه به بخش‌ها و واحدهای مرتبط به صورت گافذی / الکترونیکی ❖ برچسب گذاری مواد شیمیایی^۳ ❖ آموزش صحیح مواد شیمیایی در سطح بخش‌های مختلف و انبارهای بیمارستان و رعایت دستورالعمل انبارش ایمن ❖ آموزش کارکنان مرتبط با مواد شیمیایی در خصوص آگاهی از مخاطرات مواد شیمیایی موجود در بیمارستان ❖ وجود تجهیزات اضطراری واکنش در برابر ریخت و پاش یا حوادث شیمیایی در بخش‌هایی مرتبط با مواد شیمیایی مانند آزمایشگاه ❖ انجام ارزیابی ریسک و مشخص نمودن ریسک مواد شیمیایی ❖ انجام اقدامات اصلاحی و کنترلی یا اولویت ریسک‌های غیر قابل پذیرش <p>برگه اطلاعات ایمنی SDS شامل ۱۶ مشخصه از جمله نام ماده شیمیایی، خطرات، ترکیب و اطلاعات مواد تشکیل دهنده، اقدامات کمک‌های اولیه مواد و سایر قسمت‌ها است. استفاده از برگه‌های یک قسمتی MSDS نیز مورد قبول است.</p> <p>وجود سیستم تهویه مناسب برای انبارهای مواد شیمیایی، رعایت ایمنی در حمل نقل، استفاده و دفع مواد شیمیایی از جمله اقدامات اصلاحی و کنترلی محسوب می‌شوند.</p> <p>❖ آیین نامه اجرایی کنترل و نظارت بهداشتی بر سموم و مواد شیمیایی موضوع نامه شماره ۱۹۳۷۸۳۲۲۰۰۱</p>
سطح دو	<p>الف-۳-۶-۲ حوادث شغلی کارکنان با حمایت بیمارستان کنترل و مدیریت می‌شوند.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ آموزش کارکنان در خصوص مخاطرات موجود که پتانسیل ایجاد حوادث و شبه حوادث را دارند ❖ طراحی و اجرای اقدامات اصلاحی و پیشگیرانه اتدوین و اجرای برنامه بهبود در صورت بروز حوادث شغلی ❖ حمایت بیمارستان از کارکنان در زمان بروز حوادث شغلی مطابق ضوابط مربوط <p>تدوین و اطلاع رسانی کتلیجه درس آموزی و پیشگیری از حوادث توصیه می‌شود.</p>
سطح سه	<p>الف-۳-۶-۳ پیشگیری از وقوع حوادث و شبه حوادث شغلی برنامه‌ریزی و بر اساس آن اقدام می‌شود.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ شناسایی و ارزیابی ریسک مخاطرات شغلی با روش‌های علمی مرسوم^۴ در بخش‌های مختلف با پتانسیل ایجاد حوادث و شبه حوادث ❖ انجام بازدیدهای میدانی مستمر مطابق با برنامه زمان بندی شده، در خصوص بررسی وضعیت مخاطرات کنترل شده یا کشف ریسک‌های جدید ❖ تهیه شاخص‌های مقایسه‌ای به صورت فصلی یا حداکثر شش ماهه ❖ بررسی فرم‌های تکمیل شده ثبت وقوع حوادث و شبه حوادث و شکواییه‌های شغلی بخش‌های مختلف ❖ تجزیه و تحلیل حوادث/ شبه حوادث با روش‌های مختلف^۵ بر اساس تکنیک‌های موجود به تفکیک بخش/واحد ❖ مطرح شدن حوادث بر حسب نوع حادثه در کمیته‌های حفاظت فنی، مدیریت خطر حوادث و ایلا یا و انجام اقدامات اصلاحی/ تدوین و اجرای برنامه بهبود ❖ ارزیابی اثر بخشی اقدامات اصلاحی برنامه بهبود جهت پیشگیری حوادث شغلی ❖ کاهش نرخ حوادث شغلی بر اساس برنامه‌ریزی‌ها و اقدامات انجام شده <p>هدف بازدیدها بررسی وضعیت مخاطرات کنترل شده یا کشف ریسک‌های جدید می باشد.</p> <p>شاخص‌های مقایسه‌ای به صورت فصلی یا حداکثر شش ماهه تدوین می‌شوند.</p> <p>❖ نامه شماره ۳۰۶/۴۱۳۹ مورخ ۹۷/۱۲/۱۱ بلاغ چک لیست قبل و بعد از بروز حوادث شیمیایی و راهنمای آن و برنامه عملیاتی مدیریت حوادث شیمیایی</p>

¹ TPQ
² SDS or MSDS
³ GHS
⁴ FMEA JSA ,ETBA
⁵ RCA ,OSHA, 5WH



سطح	الف-۳-۷ بیماری‌های شغلی در سطح بیمارستان پیشگیری و مدیریت می‌شوند.
سطح دو	<p>الف-۳-۱ شناسایی و ارزیابی گروه‌های شغلی در معرض بیماری‌های شغلی در بخش‌ها / واحدها برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ شناسایی گروه‌های شغلی در مشاغل پرخطر و در معرض بیماری‌های شغلی ❖ ارزیابی و انجام معاینات شغلی در بیمارستان برای کارکنان مشاغل پرخطر و در معرض طبق ضوابط مربوط <p>تعریف مشاغل پرخطر و در معرض بر اساس دستورالعمل‌های ایلامی و شرایط بومی بیمارستان صورت می‌پذیرد. همچنین شناسایی پرسنل باردار در سطح بیمارستان و انجام تمهیدات لازم جهت پیشگیری از مواجهه مادر و کودک در دوران بارداری و شیردهی در مشاغل پرخطر و در معرض بیماری‌های شغلی الزامی است. ثبت مستندات معاینات سلامت شغلی انجام شده در سامانه جامع بازرسی مرکز سلامت محیط و کار انجام شود.</p>
سطح سه	<p>الف-۳-۲ بیماری‌های شغلی شناسایی شده با حمایت بیمارستان مدیریت می‌شوند.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ شناسایی بیماری‌های شغلی بر اساس سوابق معاینات شغلی کارکنان ❖ تدوین و اجرای برنامه آموزشی در خصوص بیماری‌های شغلی و روش‌های پیشگیری از آن ❖ اعلام نتایج و پیگیری ارجاعات کارکنان غربال شده در معاینات سلامت شغلی به متخصص ❖ انجام اقدامات در جهت بازبینی و بهبود سلامت شغلی و حمایت بیمارستان از کارکنان در ابتلا به بیماری‌های شغلی پایدار یا تأثیر گذار بر سلامتی ❖ انجام اقدامات اصلاحی پیشگیرانه تدوین برنامه بهبود با اولویت بخش‌های با شیوع بالای بیماری‌ها و اختلالات شغلی <p>کد نامه شماره ۳۰۰/۵۳۱۲ د مورخ ۹۷/۴/۶ ابلاغ دستورالعمل انجام معاینات سلامت شغلی</p>



الف-۴ مدیریت خدمات پرستاری

سطح	الف-۴-۱ بکارگیری کارکنان پرستاری بر اساس شرح شغل و شرایط احراز انجام می‌شوند.
سطح یک	الف-۴-۱-۱ * حداقل مهارت‌های عمومی بالینی پرستاران برای اشتغال در بخش‌های بالینی ارزیابی و احراز می‌شوند. <ul style="list-style-type: none"> ❖ تعیین حداقل مهارت‌های عمومی بالینی کارکنان پرستاری ❖ طراحی چک لیست ارزیابی صلاحیت مهارت‌های عمومی بالینی پرستاران ❖ ارزیابی مهارت‌های عمومی بالینی کارکنان پرستاری و تکمیل فرم مربوطه توسط سرپرستار/کارشناس خبره ❖ تجزیه و تحلیل نتایج ارزیابی و در صورت لزوم تنظیم برنامه اصلاحی ❖ بکارگیری کارکنان بر اساس نتایج ارزیابی و تعیین بخش یا واحد خدمت <p>حداقل مهارت‌های عمومی بالینی توسط مدیر پرستاری با مشارکت سوپروایزر آموزشی، سوپروایزرهای بالینی و سرپرستاران با توجه به شرح وظایف پرستاران و تجهیزات مرتبط با فرآیندهای مراقبتی تعیین و اطلاع رسانی می‌شود. همچنین مدیر پرستاری با مشارکت سوپروایزر آموزشی، سوپروایزرهای بالینی و سرپرستاران و پرستاران خبره بر اساس حداقل مهارت‌های عمومی بالینی تعیین شده، چک لیست ارزیابی را تدوین و ابلاغ می‌نماید. کارشناس خبره بخش یا معیارهای تعیین شده شناسایی و پس از تایید مدیر پرستاری در ارزیابی صلاحیت کارکنان پرستاری مشارکت می‌نماید. در صورت عدم احراز مواردی از مهارت‌های مورد نیاز بخش لازم است ضمن به بکارگیری محدود، برنامه آموزشی مرتبط با هماهنگی سوپروایزر آموزشی و سرپرستار بخش مربوطه تنظیم و اجرا شود و صرفاً پس از ارزیابی مجدد و احراز صلاحیت کامل محدودیت به بکارگیری رفع شود. تمامی کارکنان گروه پرستاری تازه استخدام جهت اشتغال و کارکنان پرستاری انتقالی از سایر بخش‌ها بایستی قبل از بکارگیری در بخش جدید از نظر مهارت‌های عمومی بالینی احراز صلاحیت شوند. ملاک‌های ارزیابی با استفاده از شرح وظایف مصوب کادر پرستاری و ذکر حداقل مهارت‌های مورد نیاز برای انجام شرح وظایف عمومی تعیین می‌گردد. شرح وظایف گروه پرستاری بر اساس آخرین نسخه کتاب شرح وظایف جامع سطوح و رده‌های پرستاری اعم مدیریتی، عمومی، تخصصی و اولیه است.</p>
سطح یک	الف-۴-۱-۲ * مهارت‌های تخصصی پرستاران برای اشتغال در بخش‌های بالینی ارزیابی و احراز می‌شوند. <ul style="list-style-type: none"> ❖ تعیین معیارهای ارزیابی مهارت‌های تخصصی پرستاران در هر یک از بخش‌های بالینی ❖ طراحی چک لیست ارزیابی صلاحیت و مهارت‌های تخصصی پرستاران ❖ ارزیابی مهارت‌های تخصصی پرستاران و تکمیل فرم مربوطه توسط سرپرستار/کارشناس خبره ❖ تجزیه و تحلیل نتایج ارزیابی و در صورت لزوم تنظیم برنامه اصلاحی ❖ بکارگیری کارکنان پرستاری بر اساس نتایج ارزیابی و تعیین بخش یا واحد خدمت <p>حداقل مهارت و توانمندی‌های تخصصی و تجهیزات مرتبط با فرآیندهای مراقبتی مورد نیاز هر یک از بخش‌های درمانی و تشخیصی توسط مدیر پرستاری با مشارکت سوپروایزر آموزشی، سوپروایزرهای بالینی و سرپرستاران بر اساس شرح وظایف پرستاران تعیین و اطلاع رسانی می‌شوند. همچنین مدیر پرستاری با مشارکت سوپروایزر آموزشی، سوپروایزرهای بالینی و سرپرستاران بر اساس حداقل مهارت و توانمندی‌های تخصصی تعیین شده هر یک از بخش‌های تشخیصی و درمانی، چک لیست ارزیابی را تدوین و ابلاغ می‌نماید. کارشناس خبره بخش یا معیارهای تعیین شده شناسایی و پس از تایید مدیر پرستاری در ارزیابی صلاحیت کارکنان پرستاری مشارکت می‌نماید. در صورت عدم احراز مواردی از مهارت‌های مورد نیاز بخش، لازم است ضمن بکارگیری محدود، برنامه آموزشی مرتبط با هماهنگی سوپروایزر آموزشی و سرپرستار بخش مربوطه تنظیم و اجرا شود و صرفاً پس از ارزیابی مجدد و احراز صلاحیت کامل محدودیت بکارگیری رفع شود. تمامی کارکنان گروه پرستاری تازه استخدام جهت اشتغال و کارکنان پرستاری انتقالی از سایر بخش‌ها بایستی قبل از بکارگیری در بخش جدید از نظر مهارت‌های تخصصی احراز صلاحیت شوند. ملاک‌های ارزیابی با استفاده از شرح وظایف مصوب کادر پرستاری و ذکر حداقل مهارت‌های مورد نیاز برای انجام شرح وظایف تخصصی تعیین می‌گردد. ملاک شرح وظایف گروه پرستاری، آخرین نسخه کتاب شرح وظایف جامع سطوح و رده‌های پرستاری اعم مدیریتی، عمومی، تخصصی و اولیه است.</p>

سطح دو	الف ۳-۱-۴ حداقل مهارت‌های ارتباطی کارکنان پرستاری ارزیابی و احراز می‌شوند.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ تعیین حداقل مهارت‌های ارتباطی کارکنان پرستاری ❖ طراحی چک لیست ارزیابی صلاحیت و مهارت‌های ارتباطی کارکنان پرستاری ❖ انجام ارزیابی مهارت‌های ارتباطی کارکنان پرستاری و تکمیل فرم مربوطه توسط سرپرستار/کارشناس خبره ❖ تجزیه و تحلیل نتایج ارزیابی و در صورت لزوم تنظیم برنامه اصلاحی ❖ بکارگیری کارکنان پرستاری بر اساس نتایج ارزیابی و تعیین بخش یا واحد خدمت
	<p>حداقل مهارت‌های ارتباطی بر اساس شرح وظایف پرستاری هر یک از بخش‌های بالینی و فعالیت تخصصی مرتبط توسط مدیر پرستاری با مشارکت سوپروایزر آموزشی، سوپروایزرهای بالینی و سرپرستاران تعیین و اطلاع رسانی می‌شود. همچنین مدیر پرستاری با مشارکت سوپروایزر آموزشی، سوپروایزرهای بالینی و سرپرستاران و پرستاران خبره بر اساس حداقل مهارت‌های ارتباطی تعیین شده چک لیست ارزیابی را تدوین و ابلاغ می‌نماید. کارشناس خبره بخش با معیارهای تعیین شده شناسایی و پس از تایید مدیر پرستاری در ارزیابی صلاحیت کارکنان پرستاری مشارکت می‌نماید. در صورت عدم احراز مواردی از مهارت‌های مورد نیاز لازم است ضمن بکارگیری محدود، برنامه آموزشی مرتبط با هماهنگی سوپروایزر آموزشی و سرپرستار بخش مربوطه تنظیم و اجرا شود و صرفاً پس از ارزیابی مجدد و احراز صلاحیت کامل محدودیت بکارگیری رفع شود. تمامی کارکنان گروه پرستاری نازک استخدام جهت اشتغال و کارکنان پرستاری انتقالی از سایر بخش‌ها بایستی قبل از بکارگیری در بخش جدید از نظر مهارت‌های ارتباطی احراز صلاحیت شوند. ملاک ارزیابی با استفاده از شرح وظایف پرستاران و ذکر حداقل مهارت‌های ارتباطی مورد نیاز برای انجام شرح وظایف گروه پرستاری تعیین گردد. ملاک شرح وظایف گروه پرستاری، آخرین نسخه کتاب شرح وظایف جامع سطوح و رده‌های پرستاری اعم مدیریتی، عمومی، تخصصی و اولیه است.</p>
سطح دو	الف ۴-۱-۴ * توزیع و چینش کارکنان گروه پرستاری با استفاده از روش‌های علمی برآورد کمی و کیفی صورت می‌پذیرد.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ برآورد کمی و کیفی منابع انسانی گروه پرستاری مورد نیاز هر یک از بخش‌های تشخیصی و درمانی براساس معیارهای معین توسط سرپرستاران ❖ گزارش برآورد کمی و کیفی منابع انسانی گروه پرستاری مورد نیاز به مدیریت پرستاری توسط سرپرستاران هر یک از بخش‌ها ❖ جمع‌بندی منابع انسانی گروه پرستاری مورد نیاز هر یک از بخش‌های تشخیصی و درمانی توسط مدیر پرستاری ❖ توزیع گروه پرستاری در بخش‌های مختلف بر اساس جمع‌بندی منابع انسانی پرستاری مورد نیاز هر یک از بخش‌ها توسط مدیریت پرستاری ❖ چیدمان گروه پرستاری در نوبت‌های کاری بخش‌های مختلف بر اساس جمع‌بندی منابع انسانی پرستاری مورد نیاز توسط سرپرستاران ❖ نظارت بر چیدمان گروه پرستاری در نوبت‌های کاری مختلف توسط مدیریت پرستاری
	<p>گروه پرستاری شامل پرستار، تکنسین آکاردان/کارشناس و بالاتر رشته‌های اتاق عمل و هوشبری، بهیار و کمک پرستار/کمک بهیار است برآورد کمی نیروی انسانی گروه پرستاری با استفاده از استانداردها و ضرایب اعلام شده از سوی وزارت بهداشت در بخش‌های مختلف بیمارستان، با لحاظ قوانین دیگر از جمله قانون استخدام کشوری، قانون ارتقاء بهر موری و وزارت کار و تامین اجتماعی و یا با استفاده از یکی از روش‌های سازمان بهداشت جهانی، نگرش نظام گرا، حجم کار، روش کالیفرنیا و سایر روش‌های علمی معتبر صورت می‌پذیرد همچنین لحاظ معیارهای کیفی از جمله تجربه، مهارت و توانمندی پرستار، تحصیلات و سایر معیارهای کیفی در برآورد نیروی انسانی گروه پرستاری با تشخیص مدیر پرستاری ضروری است. مدیر پرستاری ضمن بررسی برآورد کمی و کیفی صورت پذیرفته توسط سرپرستاران، با رویکرد ارائه مراقبت‌های یکپارچه در بخش‌های بالینی نسبت به بازنگری و جمع‌بندی برآورد کمی و کیفی منابع انسانی گروه پرستاری مورد نیاز هر یک از بخش‌های تشخیصی درمانی، اقدام می‌نماید.</p>
	<p>➤ مدیر پرستاری بر اساس برآورد کمی و کیفی منابع انسانی گروه پرستاری مورد نیاز اقدامات ذیل را به عمل می‌آورد</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. باز توزیع متوازن نیروهای پرستاری موجود ۲. اعلام کمبود نیروی پرستاری به تیم رهبری و مدیریت ۳. جبران کمبود از طریق جذب نیروهای جدید در صورت وجود مجوز از رهبری و مدیریت ۴. پیش بینی روش‌های جایگزین برای تامین نیروهای انسانی مورد نیاز با در نظر گرفتن مشوق‌های لازم
	<p>چیدمان گروه پرستاری در بخش‌های مختلف بر اساس جمع‌بندی نهایی مدیریت پرستاری در خصوص برآورد منابع انسانی مورد نیاز هر بخش موضوع این استاندارد صورت می‌پذیرد. مدیر پرستاری با مشارکت سوپروایزرها، برنامه‌های پیشنهادی نوبت‌های کاری ماهیانه بخش‌ها را بررسی و پس از اعمال تغییرات در صورت نیاز تایید می‌نماید. توجه به امکان ارائه خدمات به صورت همگن در چینش نیروهای پرستاری الزامی است.</p>



سطح سه	<p>الف-۱-۵ * شیوه‌های اجرایی و نحوه چینمان کارکنان پرستاری، مانع مراقبت‌های مستقیم پرستاری نمی‌شوند.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ ارائه مراقبت‌های پرستاری به شیوه‌های بیمار محور از قبیل مراقبت موردی ❖ حضور مستمر پرستاران بر بالین و ارزیابی مستمر وضعیت بالینی بیمار در هر نوبت کاری توسط گروه پرستاری مسئول ❖ نظارت بر حضور مستمر پرستاران بر بالین توسط تیم مدیریت پرستاری ❖ شناسایی اقدامات، فرایندها و امورات غیر مرتبط و مانع مراقبت مستقیم توسط مدیریت پرستاری از جمله مستندسازی‌های مازاد یا انجام امور غیر مرتبط ❖ گزارش اقدامات، فرایندها و امور غیر مرتبط شناسایی شده توسط مدیریت پرستاری به تیم رهبری و مدیریت جهت تعیین تکلیف و بازنگری آنها ❖ برنامه‌ریزی جهت حذف مستندسازی‌های مازاد با رعایت ضوابط ابلاغی وزارت بهداشت ❖ ارزیابی اثربخشی اقدامات اصلاحی در زمینه بهبود مراقبت‌های مستقیم پرستاری ❖ ارائه مراقبت‌های مستقیم پرستاری در سطح انتظار و استانداردهای مربوط
	<p>🔗 در خصوص مراقبت موردی استناد به دستورالعمل مراقبت موردی لایف‌لاین شماره ۱۳۹/۵/۳۱۵۱ مورخ ۹۵/۱۲/۹ معاونت پرستاری شود.</p> <p>❖ جهت ارزیابی مستمر وضعیت بالینی بیمار بر حسب شرایط پرستار مسئول به دفعات (بر حسب شرایط بیمار) بر بالین بیمار حضور یافته و نسبت به ارزیابی و ارائه مراقبت‌های مستقیم اقدام می‌نماید. منظور از اقدامات، فرایندها و امورات غیر مرتبط مانع مراقبت مستقیم، فعالیت‌های خارج از شرح وظایف مصوب پرستاران، تکمیل فرم‌های غیر ضروری و... می‌باشد.</p> <p>این استاندارد یکی از مهمترین و تاثیر گذارترین موارد در نتیجه اعتبار بخشی بیمارستان محسوب شده و از وزن تاثیر بسیار بالایی برخوردار است.</p>
سطح دو	<p>الف-۲-۴ سیاست‌های آموزشی پرستاران و بیماران تدوین و ابلاغ شده است.</p>
سطح دو	<p>الف-۲-۴-۱ سیاست‌های آموزشی پرستاران توسط مدیریت پرستاری تدوین و ابلاغ شده است.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ تدوین سیاست‌های آموزشی گروه پرستاری ❖ اطلاع رسانی سیاست‌های آموزشی به بخش‌ها و واحدها ❖ آگاهی کارکنان گروه پرستاری از سیاست‌های آموزشی
	<p>در تدوین سیاست‌های آموزشی کارکنان مواردی شامل گروه‌های هدف برنامه‌های آموزشی، مجری برنامه‌های آموزشی، اولویت‌های آموزشی هر گروه هدف، نحوه نیازسنجی آموزشی، شیوه‌های اجرای برنامه‌های آموزشی، نحوه تامین منابع مورد نیاز و توجه نظارت بر اجرای برنامه‌های آموزشی مد نظر قرار گیرد. سیاست‌های آموزش کارکنان گروه پرستاری توسط تیم مدیریت پرستاری (مدیر خدمات پرستاری، سوپروایزرها و سرپرستاران بخش‌ها) تدوین و بیش از ابلاغ جهت تأیید به تیم رهبری و مدیریت اعلام می‌گردد. ملاک اصلی برنامه‌ریزی آموزشی شرح وظایف پرستاران و مهارت‌های مورد نیاز برای انجام وظایف عمومی و تخصصی مصوب گروه پرستاری بر اساس آخرین نسخه کتاب شرح وظایف جامع سطوح و رده‌های پرستاری عم از مدیریتی، عمومی، تخصصی و اولیه است.</p>
سطح دو	<p>الف-۲-۴-۲ برنامه‌ریزی آموزشی کارکنان پرستاری در چارچوب سیاست‌های آموزشی مدیریت پرستاری برنامه‌ریزی و اجرا می‌شوند.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ نیازسنجی آموزشی دوره ای کارکنان گروه پرستاری بر اساس سیاست‌های آموزشی کارکنان گروه پرستاری ❖ اولویت‌بندی نیازهای آموزشی تعیین شده ❖ اجرای برنامه‌های آموزشی بر اساس اولویت‌بندی انجام شده ❖ نظارت بر اجرای برنامه‌های آموزشی
	<p>➤ نیازسنجی آموزشی کارکنان پرستاری حداقل شامل موارد ذیل است:</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. نیازسنجی بر مبنای توسعه فردی کارکنان پرستاری ۲. نیازسنجی بر اساس شرح وظایف مصوب گروه پرستاری ۳. نیازسنجی بر اساس نتایج ارزیابی عملکرد کارکنان ۴. نیازسنجی بر اساس نیازهای آتی سازمان ۵. نیازسنجی بر اساس شیوع بیماری‌های بازیدید، نوپدید ۶. سایر سرفصل‌های آموزشی مورد نیاز بومی بیمارستان



سطح دو	الف-۲-۴- سیاست‌های آموزشی بیماران یا محوریت مدیریت پرستاری متناسب با سطح و نوع مراقبت‌های بیماران تدوین و ابلاغ شده است.
<ul style="list-style-type: none"> ❖ تدوین سیاست‌های آموزشی بیماران ❖ اطلاع رسانی سیاست‌های آموزشی به بخش‌ها و واحدها ❖ آگاهی کارکنان از سیاست‌های آموزشی بیماران <p>در تدوین سیاست‌های آموزشی بیماران بایستی چارچوب‌های تعیین نیازهای آموزشی، اولویت‌های آموزشی، شیوه‌ها و تدابیر آموزش به بیمار، تامین منابع مورد نیاز و نحوه نظارت بر اجرای برنامه‌های آموزش به بیمار تعیین شود.</p> <p>سیاست‌های آموزش بیماران توسط مدیریت پرستاری با مشارکت سرپرستار/ مسئول بخش‌ها و واحدها و روسای بخش‌های بالینی، تدوین و پیش از ابلاغ جهت تایید به تیم رهبری و مدیریت اعلام می‌شود. این امر بخصوص در زمینه سیاست‌های آموزش بیمار در گروه پزشکان بایستی توسط رئیس‌مدیرعامل بیمارستان تصویب و ابلاغ شود. همچنین تشکیل و برگزاری منظم جلسات کارگروه آموزش به بیمار در بیمارستان توصیه می‌شود.</p>	
سطح دو	الف-۲-۴- برنامه‌ریزی آموزشی بیماران در چارچوب سیاست‌های آموزشی مدیریت پرستاری، برنامه‌ریزی و اجرا می‌شوند.
<ul style="list-style-type: none"> ❖ شناسایی نیازهای آموزشی بیماران و همراهان با محوریت سوپروایزر آموزش سلامت بر اساس سیاست‌های آموزشی بیماران ❖ اولویت‌بندی نیازهای آموزشی تعیین شده بیماران ❖ اجرای برنامه‌های آموزش به بیمار بر اساس اولویت بندی انجام شده ❖ نظارت بر اجرای برنامه‌های آموزش به بیمار و همراهان <p>نیازهای آموزشی بیماران با توجه به نوع فعالیت تخصصی و سطوح دانش گیرندگان خدمت و مراقبت‌های مورد نیاز در بخش‌های مختلف بر اساس بیماری‌های شایع هر بخش/ خدمات هر واحد، توسط کارگروه آموزش به بیمار شناسایی و اولویت‌بندی شده و پس از تایید مدیر پرستاری، و پیگیری تامین امکانات اجرایی شود.</p> <p>انواع شیوه‌های آموزش به بیمار شامل چهره به چهره، استفاده از پمفلت و جزوات آموزشی، نمایش فیلم آموزشی و برگزاری کلاس‌های آموزشی است.</p>	
سطح سه	الف-۲-۴-۵- نتایج ارزیابی اثربخشی برنامه‌های آموزشی بیماران و کارکنان در بازنگری سیاست‌های آموزشی و روش‌های آموزش استفاده می‌شوند.
<ul style="list-style-type: none"> ❖ سنجش اثربخشی برنامه ای آموزشی کارکنان پرستاری بر اساس راهنمای ایلافی معاونت پرستاری ❖ تجزیه و تحلیل نتایج اثربخشی برنامه‌های آموزشی کارکنان ❖ طراحی و اجرای اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود بر اساس نتایج تحلیلی اثربخشی آموزشی ❖ بازنگری سیاست‌های و برنامه‌های آموزشی کارکنان در صورت لزوم 	
<p>نحوه ارزیابی اثر بخشی برنامه‌های آموزشی کارکنان و بیماران در راهنماهای شاخص‌های ملی کیفیت مراقبت پرستاری ایلافی شماره ۱۳۹/۷۶۳ از مورخ ۹۶/۵/۱۱ (مراکز دولتی) و شماره ۱۳۹/۱۰۰۶ از مورخ ۹۶/۶/۷ (مراکز خصوصی) ذکر شده است.</p>	
سطح	الف-۴-۳- مدیریت پرستاری بر روند مراقبت و درمان، نظارت مؤثر می‌نماید.
سطح یک	الف-۴-۳-۱- گزارش‌های بیست و چهار ساعته سوپروایزرها به صورت روزانه توسط تیم رهبری و مدیریت بررسی و اقدامات اصلاحی لازم به عمل می‌آید.
<ul style="list-style-type: none"> ❖ نظارت بر روند مراقبت و درمان در تمامی نوبت‌های کاری توسط تیم مدیریت پرستاری ❖ ثبت گزارش نتایج نظارت بر روند مراقبت و درمان در فرم گزارش بیست و چهار ساعته نوبت کاری سوپروایزر ❖ بررسی گزارش‌های بیست و چهار ساعته سوپروایزرها توسط مدیر پرستاری و در صورت لزوم اقدام یا پیشنهاد اقدام اصلاحی ❖ ارائه گزارش مشکلات/ پیشنهاد اقدام اصلاحی به مدیران ذیربط و پیگیری رفع آن ❖ برنامه‌ریزی اصلاحی جهت مشکلات و رخدادهای گزارش شده توسط مدیران مربوطه در تیم مدیریت و رهبری ❖ آگاهی روزانه شخصی رئیس‌مدیرعامل بیمارستان از گزارش‌های بیست و چهار ساعته سوپروایزرها و استفاده از این اطلاعات در تصمیم‌گیری‌های تیم رهبری و مدیریت سوپروایزرها در نوبت‌های کاری (عصر و شب و ایام تعطیل) بر روند ارائه خدمات در تمامی واحدهای بیمارستان (فنی و پشتیبانی) نظارت می‌کنند. <p>در مواردی که مرتبط با عملکرد پرستاری است مستقیماً اقدام اصلاحی برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود و در موارد غیر پرستاری با هماهنگی ریاست بیمارستان/ کمیته اورژانس و با مدیران مربوطه اقدامات اصلاحی طراحی و اجرا می‌شود. اما شخص رئیس‌مدیرعامل بیمارستان بایستی از گزارش‌های بیست و چهار ساعته سوپروایزرها آگاهی کامل داشته و از این اطلاعات در تصمیم‌گیری‌های تیم رهبری و مدیریت استفاده شود.</p>	



سطوح یک	<p>الف-۳-۴- نظارت مستمر بر نحوه ارائه مراقبت‌های پرستاری انجام شده و در صورت نیاز اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل می‌آید.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ نظارت مدون و مستمر بر نحوه ارائه مراقبت‌های پرستاری توسط مدیریت پرستاری ❖ طراحی و اجرای اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود بر اساس نتایج نظارت‌ها ❖ پایش روند مراقبت‌های پرستاری و ایمنی بیماران بر اساس اقدامات اصلاحی/ برنامه‌های بهبود اجرا شده <p>تمامی جزئیات و روش‌های بازدهی‌های نظارتی در تمام سطوح مدیریت پرستاری بایستی تبیین و ضمن پرهیز از بازدهی‌های سلیقه‌ای، با استفاده از روش‌های یکپارچه و اثربخش و با مشارکت سوپروایزرهای بالینی و آموزشی و سرپرستان برنامه‌ریزی و انجام شود.</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. حداقل‌های مورد انتظار در برنامه‌ریزی نظارت بر نحوه مراقبت‌های پرستاری ۲. تعیین و اولویت‌بندی فرایندها، برنامه‌ها و اقدامات نیازمند به نظارت و بازدید مستمر ۳. تعیین مسئول انجام هر یک از سطوح و ابعاد نظارتی ۴. تهیه ابزار نظارت و تعیین نحوه ارزیابی و نحوه تهیه گزارش نظارت ۵. برنامه زمان بندی ارزیابی برای هر یک از مسئولان نظارت ۶. تامین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط تعیین مسئول انجام هر یک از سطوح و ابعاد نظارتی ۷. اجرای نظارت با شیوه ارزیابی همه جانبه و در تمام سطوح مدیریتی و عملیاتی مراقبت‌های پرستاری ۸. طراحی و اجرای اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود بر اساس نتایج نظارت‌ها ۹. کسب اطمینان از اثر بخشی اقدامات اصلاحی/ برنامه‌های بهبود اجرا شده در بهبود روند مراقبت‌های پرستاری و ایمنی بیماران ۱۰. در صورت لزوم بازنگری/ بهبود روش‌های ارزیابی بر اساس سنجش اثر بخشی نظارت در بهبود کیفیت مراقبت‌های پرستاری و ایمنی بیماران <p>جهت کسب اطمینان از ارائه مطلوب خدمات، لازم است علاوه بر انجام نظارت‌های مدون، تیم مدیریت پرستاری در چارچوب زمان‌بندی تعیین، بازدهی‌های مقطعی و سرزده را در تمام ساعات شبانه نیز توسط تیم مذکور پایش بینی شود.</p>
سطوح دو	<p>الف-۳-۴- مدیریت پرستاری بر نحوه تکمیل پرونده‌های پزشکی در حین بستری نظارت می‌نماید و در صورت لزوم اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل می‌آورد.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ تدوین و بازنگری مستمر راهنمای ثبت صحیح اقدامات و مراقبت‌های پرستاری در پرونده پزشکی بیمار ❖ ابلاغ راهنمای ثبت صحیح اقدامات پرستاری تدوین شده و توزیع راهنماها و دستورالعمل‌های ابلاغی وزارت بهداشت به کارکنان و بخش‌های مربوطه ❖ آگاهی کارکنان پرستاری مرتبط از نحوه ثبت صحیح اقدامات پرستاری بر اساس راهنماها و دستورالعمل‌های ابلاغی ❖ ثبت اقدامات پرستاری در پرونده پزشکی مطابق راهنماها و دستورالعمل‌های ابلاغی ❖ نظارت و گزارش موارد عدم انطباق در نحوه تکمیل پرونده‌های پزشکی توسط پزشکان و سایر گروه‌های بالینی با هماهنگی مدیر پرستاری و رئیس بخش ❖ طراحی و انجام اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود در کمیته فن آوری و مدیریت اطلاعات بر اساس در صورت لزوم
	<p>در خصوص فرم‌هایی مثل ارزیابی اولیه پرستاری و سایر موارد مشابه که راهنما/ دستورالعمل توسط وزارت بهداشت ابلاغ شده است نیازی به تدوین راهنما نیست و صرفاً توزیع راهنما در بخش‌ها و آگاهی کارکنان از محتوا کفایت می‌کند.</p> <p>☞ فرم‌های ارزیابی اولیه پرستاری به‌مراه راهنماهای تکمیل آن‌ها طی نامه شماره ۴۰۹/۸۸/د مورخ ۹۷/۱/۸ ابلاغ شده است.</p> <p>☞ دستورالعمل مستند سازی پرونده‌های پزشکی که طی نامه شماره ۴۰۹/۵/۱۵۳۹۴ مورخ ۹۶/۶/۱۵ به دانشگاه‌های علوم پزشکی ابلاغ شده است نیز در مستند سازی و ثبت اقدامات پرستاری در پرونده پزشکی بیمار مدنظر قرار گیرد.</p> <p>مدیر پرستاری با نظارت بر روند بکارگیری روش ثبت صحیح اقدامات و مراقبت‌های پرستاری در بازه زمانی مشخص عملکرد کارکنان پرستاری را پایش نموده، با مشارکت سرپرستان نتایج پایش را تحلیل، در صورت نیاز برنامه اصلاحی را تدوین و بر روند اجرای مداخلات اصلاحی کنترل و نظارت می‌نماید. در خصوص سایر گروه‌های بالینی نتایج ارزیابی به کمیته فن آوری و مدیریت اطلاعات سلامت گزارش نموده و طراحی و انجام اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود در کمیته مزبور برنامه‌ریزی می‌شود.</p>

سطح دو	الف-۴-۳-۴ * مدیریت پرستاری بر روند اعزام و ارجاع بیماران برابر ضوابط مربوط و رعایت اصول ایمنی بیمار نظارت می‌نماید.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ مدیریت و انجام اعزام/ارجاع بیماران بر اساس دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت و اخذ رضایت آگاهانه از بیمار/ خانواده ❖ آموزش کارکنان مراقبت/ خدمات سلامت مرتبط با فرایند اعزام/ارجاع در زمینه رعایت اصول ایمنی بیمار ❖ به اشتراک گذاری اطلاعات کامل بالینی بیمار بین مبدا و مقصد اعزام/ارجاع توسط افراد ذیصلاح ❖ وجود آمبولانس، تجهیزات، داروها و ملزومات مناسب و متناسب با وضعیت بیماران در تمام مراحل انتقال ❖ تطبیق آمادگی‌های و تثبیت وضعیت بیمار قبل از انتقال ❖ استفاده از کارکنان مراقبت/ خدمات سلامت واجد صلاحیت متناسب با میزان و خاصیت حال بیمار و نیاز به مراقبت ویژه بر اساس راهنماهای بالینی مبتنی بر شواهد ❖ بایش و مراقبت ایمن بیمار، حین انتقال و تحویل کامل و صحیح بیمار به مقصد اعزام/ارجاع توسط کارکنان مراقبت/ خدمات سلامت همراه بیمار ❖ پیگیری سرانجام بیماران اعزام/ ارجاع شده با لحاظ جواب ایمنی و تحلیل نتایج به منظور پیشگیری از بروز موارد مشابه عدم تطبیق احتمالی در اعزام/ ارجاع
	<p>❖ مدیریت و انجام اعزام و ارجاع بیماران بر اساس دستورالعمل جامع اعزام و انتقال بیماران بین مراکز درمانی به شماره ۴۰۰/۸۷۹د مورخ ۹۸/۱/۲۴</p> <p>حفظ و تضمین زنجیره ارائه خدمات بیماران بین سطوح مختلف خدمات سلامت / مراکز درمانی و یا بین بخش‌ها و واحدهای مختلف درمانی در همان مرکز از الزامات انتقال ایمن و به زمان بیماران است. با توجه به این که انتقال یک بیمار ممکن است تغییرات فیزیولوژیکی مختلفی ایجاد کند که پیش آگهی بیماری را تحت تاثیر قرار دهد، بایستی انتقال به صورت سیستمی و مطابق با راهنماهای معتبر و مبتنی بر شواهد صورت پذیرد. از طرفی با توجه به این که تصمیم‌گیری برای انتقال، بیماران و کارکنان را در معرض خطرات اضافی قرار می‌دهد و هزینه اضافی بر بیماران و خانواده ایشان و نیز بیمارستان تحمیل می‌نماید، هرگونه اعزام/ارجاع و انتقال بیماران بایستی مبتنی بر شواهد معتبر باشد. با اقتیاس از منابع معتبر چنین درک می‌شود که تصمیم جهت انتقال بیمار توسط پزشک ارشد شاغل در سرویس بیمار و بعد از بحث با خانواده و بستگان بیمار و آگاهی ایشان از منافع و مضار انتقال بایستی انجام شود.</p> <p>انتقال ایمن بیماران منوط به تصمیم‌گیری دقیق، ارتباطات صحیح، فراهم بودن آمادگی‌های قبل از انتقال و انتخاب بهترین روش انتقال بیمار از مبدا و یا هوایی) است. انتخاب کارکنان بالینی همراهی کننده بیمار، وجود تجهیزات سالم و آماده بکار و مانیتورینگ و بایش حرفه‌ای بیمار در حین انتقال و بالاخره مستندات و نحوه تحویل بیمار در مقصد که مبتنی بر انتقال جامع، کامل و صحیح اطلاعات درمانی و تکمیل مستندات و مدارک پزشکی بیماران است بایستی دقیقاً برنامه‌ریزی و رعایت شود. این ملاحظات به ویژه در مورد گروه‌های در معرض خطر منجمله بیماران سالمند با اختلالات و بیماری‌های متعدد زمینه‌ای، خردسالان، نوزادان و مادران باردار حائز اهمیت است.</p> <p>➤ برقراری ارتباط مستقیم بین مرکز مبدا و مقصد به منظور به اشتراک‌گذاری</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. اطلاعات کامل بالینی بیمار ۲. درمان‌های دریافت شده است ۳. دلایل انتقال ۴. روش انتقال بیمار ۵. مهلت زمانی موجود برای انتقال به صورت مستند و مکتوب
	<p>❖ استفاده از ابزارهای استاندارد با توجه به دستورالعمل شماره ۴۰۹/۱۰۷۵۷د مورخ ۹۳/۶/۱۲ برقراری ارتباط صحیح کارکنان خدمات سلامت در حین تحویل بیمار قبل از انتقال، بیمار باید به صورت مناسب احیا و حتی‌الامکان، وضعیت ABC و D بیمار (راه هوایی، تنفس و جریان خون و ناتوانی/ معلولیت بیمار)، بررسی، کنترل و مدیریت شود. تصمیم‌گیری سطح مهارتی و دانشی کارکنان مراقبت/ خدمات سلامت همراه با بیمار ضمن انتقال بر اساس میزان و خاصیت حال بیمار و نیاز وی به مراقبت ویژه و بر اساس راهنماهای بالینی مبتنی بر شواهد صورت می‌گیرد. برای انتقال بیماران نیازمند به مراقبت‌های ویژه سطح ۱، ۲ و ۳، تمامی داروهای نجات بخش و وسایل و لوازم پزشکی ضروری برای احیاء بیماران، اکسیژن رسانی، تهویه، مانیتورینگ همودینامیک و احیاء بایستی همراه باشد. لازم است آمادگی‌های ضروری برای انتقال بیمار بر اساس راهنماهای مبتنی بر شواهد و به ویژه با در نظر گرفتن ناتوانی‌های بیمار صورت پذیرد.</p>



سطح دو	الف-۴-۳-۵ مدیریت پرستاری برای بهبود روند تعامل بین بخش‌های بالینی و تعامل با سایر واحدها، برنامه‌ریزی نموده و بر اساس آن اقدام می‌نماید.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ تدوین روش اجرایی " نظارت بر روند تعامل بخش‌های بالینی با سایر بخش‌ها " ❖ اطلاع‌رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط ❖ آگاهی کارکنان دفتر مدیریت پرستاری از روش اجرایی نظارت بر روند تعامل بخش‌های بالینی با سایر بخش‌ها ❖ انطباق عملکرد مدیریت پرستاری با روش اجرایی تدوین شده <p>نقش محوری مدیر پرستاری در تقویت تعاملات بین بخشی به منظور تسریع و تسهیل در روند ارائه خدمات به بیماران حائز اهمیت است. تدوین یک روش اجرایی جامع و با در نظر گرفتن شرایط بومی بیمارستان موجب ساختارمندی این اقدامات یا رویکردی سیستمیک شده و انتظار می‌رود در گام‌های اجرایی آن شیوه‌های متنوع و خلاقانه بومی برای تقویت تعامل و رفع موانع همکاری بین بخشی و برون بخشی بیش بینی شود.</p> <p>➤ وظایف مدیر پرستاری در پیاده سازی این استاندارد</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. شناسایی موارد عدم انطباق بین بخش‌های بالینی و بخش‌های بالینی با سایر واحدهای پارکینیک، خدمات، پشتیبانی و سایر واحدها ۲. تحلیل اولیه چالش‌های بین بخشی در دفتر مدیریت پرستاری ۳. برگزاری جلسات تفاهمی و هم‌اندیشی برای یافتن راه‌های برون رفت در چالش‌های بین بخشی و طراحی و اجرای اقدامات اصلاحی/برنامه بهبود با تفاهم طرفین ۴. طرح چالش‌های بین بخشی که در جلسات تفاهمی و هم‌اندیشی اولیه به توافق نرسیده و یا نیازمند تامین منابع است در جلسات تیم رهبری و مدیریت ۵. اخذ تصمیمات و رفع موارد عدم انطباق تامین منابع مورد نیاز با محوریت رئیس بیمارستان
سطح سه	الف-۴-۳-۶ عملکرد مدیریت پرستاری نشان دهنده استفاده از خرد جمعی و ترویج کارگروهی در دفتر مدیریت پرستاری است.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ تنظیم جلسات منظم با تیم مدیریت پرستاری به منظور استفاده از خرد جمعی ❖ تشکیل گروه‌های کاری متناسب با محوریت بیمارستان و فعالیت‌های پرستاری ❖ نایب کارکنان پرستاری در زمینه استفاده مدیریت پرستاری از خرد جمعی و ترویج کارگروهی در بیمارستان <p>ترویج و توسعه کارگروهی در سطوح مدیریتی و اجرایی و استفاده از خرد جمعی در تصمیم سازی و تصمیم گیری و همچنین هدایت کارکنان پرستاری به انسجام هرچه بیشتر برای ارائه مراقبت‌های پرستاری ایمن، به موقع و اثر بخش مهم‌ترین نتیجه عملکرد مدیر خدمات پرستاری از منظر رهبری سازمانی است.</p>



الف-۵ فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت

سطح	الف-۵-۱ سامانه اطلاعات بیمارستان با قابلیت‌های مورد انتظار فعال است.
سطح یک	الف-۵-۱-۱ سامانه اطلاعات بیمارستانی گواهی ارزیابی عملکرد، مورد تأیید وزارت بهداشت را اخذ نموده است. <ul style="list-style-type: none"> ❖ وجود تصویر گواهینامه معتبر ارزیابی عملکردی و غیر عملکردی سامانه اطلاعات بیمارستان^۱ ❖ اعتبار تاریخ گواهینامه ارزیابی عملکرد در محدوده معتبر <p>سامانه اطلاعات بیمارستان گواهی ارزیابی عملکردی و غیر عملکردی مطابق آخرین سند ارزیابی ابلاغی مرکز مدیریت آمار و فناوری اطلاعات وزارت بهداشت و مورد تأیید مرکز را اخذ نموده است. مرجع استعلام گواهینامه مذکور پایگاه اینترنتی رگولاتوری^۲ مرکز مدیریت آمار و فناوری اطلاعات میباشد. ضمناً گواهینامه مذکور به صورت فیزیکی به توسعه دهنده سامانه‌های سلامت ارائه می‌شود و تصویر آن در بیمارستان موجود و قابل استناد است. در صورت تفاوت اطلاعات گواهینامه فیزیکی با اطلاعات موجود در پایگاه اطلاعات پایگاه ملاک خواهد بود. در متوی صدور مجوز زیرمجموعه استعلام سامانه‌های دارای گواهینامه، موارد به تفکیک توخ گواهینامه درج شده است. گواهینامه مذکور در صورت داشتن اعتبار زمانی در محدوده ارزیابی اعتبار بخشی معتبر می‌باشد.</p>
سطح یک	الف-۵-۱-۲ سامانه اطلاعات بیمارستانی امکان پشتیبانی و ارائه اقلام اطلاعاتی مطابق ضوابط مربوط را برای بیماران فراهم می‌نماید. <ul style="list-style-type: none"> ❖ قابلیت پشتیبانی سامانه از حداقل اقلام اطلاعاتی پرونده بستری ❖ قابلیت پشتیبانی سامانه از حداقل اقلام اطلاعاتی پرونده سرپایی ❖ قابلیت پشتیبانی سامانه از حداقل اقلام اطلاعاتی پرونده اورژانس و فرم تریاژ ❖ قابلیت پشتیبانی سامانه از حداقل اقلام اطلاعاتی مربوط به پرونده‌های مادر و نوزاد ❖ قابلیت پشتیبانی سامانه از نسخه اسکن شده انواع اجازه نامه‌ها <p>متظور از اجازه نامه‌ها، رضایت آگاهانه برای عمل جراحی و سایر مداخلات تهاجمی، اجازه استفاده از اطلاعات پزشکی در پژوهش و یا اجازه ترخیص با میل شخصی است.</p> <p>➤ حداقل اقلام اطلاعاتی پرونده بستری</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. داده‌های دموگرافیک بیمار و نام پزشک ۲. تاریخ پذیرش، نوع پذیرش، نوع بیمه ۳. تشخیص‌های اولیه و نهایی، کد تشخیص‌ها، اقدامات درمانی، کد اقدامات درمانی ۴. یادداشت‌های پرستاری مانند مستندات مربوط به ارزیابی اولیه بیمار، گزارش‌های مشاهدات پرستاری، نتایج کنترل علائم حیاتی، گزارش مراقبت در بخش‌های ویژه ۵. درخواست‌ها و گزارش مشاوره‌ها ۶. داده‌های مربوط به اعمال جراحی شامل مراقبت‌های قبل از عمل، گزارش بیهوشی، گزارش عمل جراحی و مراقبت‌های بعد از عمل جراحی ۷. نتایج آزمایشات، گزارش پاتولوژی و گزارش تصویربرداری‌ها ۸. گزارش داروهای مصرفی ۹. گزارش الکتروکاردیوگرام ۱۰. مستندات مربوط به مددکاری اجتماعی ۱۱. تاریخ ترخیص، وضعیت بیمار هنگام ترخیص، علت فوت، کد علت فوت، شرح حال پزشکی و نتایج معاینات فیزیکی، یادداشت‌های سیر بیماری، دستورات پزشک ۱۲. داده‌های خلاصه پرونده بیمار شامل شکایت اصلی بیمار و تشخیص اولیه، تشخیص نهایی، اقدامات درمانی و اعمال جراحی، نتایج آزمایشات پاراکلینیک، سیر بیماری، وضعیت بیمار هنگام ترخیص، توصیه‌های پس از ترخیص ۱۳. صورت حساب بیمار

¹ Hospital Information System (HIS)

² <http://regulatory.it.behdasht.gov.ir>



	<p>➤ حداقل ارقام اطلاعاتی پرونده سرپایی</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. داده‌های دموگرافیک بیمار و نام پزشک ۲. نوع بیمه <p>خلاصه شرح حال بیمار و یافته‌های معاینات فیزیکی و تشخیص و طرح درمان</p> <p>➤ حداقل ارقام اطلاعاتی پرونده اورژانس</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. داده‌های دموگرافیک بیمار و نام پزشک ۲. زمان و روش مراجعه بیمار ۳. شرح حال بیمار، تشخیص، کد تشخیص، موارد حساسیت، نتایج کنترل علائم حیاتی، فلکس سردمیک، علائم عصبی و جذب و دفع مایعات ۴. دستورات پزشک ۵. گزارش بستار ۶. نتایج آزمایشات و گزارش تصویربرداری‌ها ۷. درخواست مشاوره، نظر پزشک مشاور، ۸. وضعیت بیمار هنگام ترخیص و توصیه‌های پس از ترخیص ۹. انتقال به سایر بخش‌ها یا بیمارستان‌ها ۱۰. علت فوت <p>➤ حداقل ارقام اطلاعاتی نظام ارجاع</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. حداقل ارقام اطلاعاتی مربوط به پرونده بیمار از جایی که از سطح یک درمان ۲. پس‌خوراند اطلاعات درمان به سطح یک
سطح دو	<p>الف-۵-۱-۳ سامانه اطلاعات بیمارستانی امکان ارائه اطلاعات ارائه دهندگان خدمت را فراهم می‌نماید.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ وجود فیلدهای مرتبط با درج اطلاعات کامل ارائه دهنده خدمت از جمله نام و نام خانوادگی، کد ملی، شماره نظام پزشکی در سیستم اطلاعات بیمارستانی ❖ وجود فیلدهای مرتبط با درج اطلاعات کامل ارائه دهنده خدمت از جمله نام و نام خانوادگی، کد ملی، شماره نظام پزشکی در سیستم اطلاعات بیمارستانی ❖ وجود فیلدهای مرتبط با درج اطلاعات کامل ارائه دهنده خدمت از جمله نام و نام خانوادگی، کد ملی، شماره نظام مامایی در سیستم اطلاعات بیمارستانی <p>توصیه می‌شود امکان استفاده از سرویس اعلام نظام پزشکی در سیستم اطلاعات بیمارستانی فراهم شود</p>



سطح دو	الف-۱-۵-۴ سامانه اطلاعات بیمارستان مطابق ضوابط و مقررات با سامانه‌های ملی وزارت بهداشت، تبادل اطلاعات می‌نماید.
<ul style="list-style-type: none"> ❖ تصویر گواهینامه استانداردهای تبادل داده با درگاه یکپارچه تبادل اطلاعات سلامت ❖ اعتبار تاریخ گواهینامه ارزیابی عملکرد در محدوده معتبر 	
<p>سامانه اطلاعات بیمارستانی بایستی استانداردهای تبادل داده با درگاه یکپارچه تبادل اطلاعات سلامت (دیتاس) را اخذ نماید. مرجع اعلام گواهینامه مذکور پایگاه اینترنتی رگولاتوری مرکز مدیریت آمار و فناوری اطلاعات است. گواهینامه مذکور به صورت فیزیکی به توسعه دهنده سامانه‌های سلامت ارائه می‌شود و کپی آن که در بیمارستان موجود و قابل استناد است. در صورت هرگونه مغایرت اطلاعات گواهینامه فیزیکی با اطلاعات موجود در پایگاه، اطلاعات پایگاه ملاک خواهد بود. در نوبت صدور مجوز زیرمنوی استعمال سامانه‌های نازاری گواهینامه، موارد به تفکیک نوع گواهینامه درج شده است.</p> <p>هدف از این استاندارد کاهش مداخلات انجام شده در پرونده و تعداد خطاهای بیمارستان در تراکنش‌های ارسالی به سپاس است. لذا بایستی مستندات مربوط به مطابقت تعداد پرونده‌های ترخیصی با پرونده‌های ارسالی به سپاس و مداخلات انجام شده به منظور کاهش تعداد خطاهای بیمارستان در تراکنش‌های ارسالی به سپاس موجود باشد. همچنین فرآیندی تعیین شده باشد که در طی آن در هر ماه کلیه پرونده‌های ارسالی به سپاس توسط تیم‌های منبج و مرتبط با فقره‌های ارسالی، بررسی شود و نتایج آن منجر به کاهش تعداد خطاهای بیمارستان در تراکنش‌های ارسالی به سپاس شود. در همین راستا لازم است بیوست صورت جلسه، گزارش مغایرت تعداد پرونده‌های ارسال شده به سپاس با تعداد بیماران ترخیص شده بیمارستان در بازه زمانی یک ماهه، موجود باشد. این گزارش به کمک زیر سیستم گزارش‌گیری یا داشبورد ارسال پرونده‌ها به سپاس موجود در سامانه اطلاعات بیمارستانی مرکز امکان‌پذیر است. همچنین ضروری است فرآیندی مستمر برای بررسی مشکلات خروجی سپاس و کاهش خطا در بیمارستان برقرار و فردی مسئول برای نظارت این امر در نظر گرفته شده باشد. مستندات مرتبط با نظارت بر پیاده‌سازی سرویس‌های استحقاق سنجی بیمه و استعمال هویت موجود باشد و ثبت داده‌ها در سامانه اطلاعات بیمارستانی با استفاده از کدهای نابید شده در کمیته مرجع کدینگ سلامت ایران (مکسا) که توسط مرکز مدیریت آمار و فناوری اطلاعات بلاغ شده است انجام شود.</p> <p>تصامی ابلاغیه‌های مذکور در پایگاه اینترنتی رگولاتوری مرکز مدیریت آمار و فناوری اطلاعات موجود است لذا توجه به پایگاه کدینگ مرکز مدیریت آمار و فناوری اطلاعات² برای ارزیابی برخی کدهای منتخب در سامانه‌های اطلاعاتی بیمارستانی توصیه می‌شود.</p>	
سطح دو	الف-۱-۵-۵ سامانه اطلاعات بیمارستانی امکان بازیابی اطلاعات بیماران را فراهم می‌نماید.
<ul style="list-style-type: none"> ❖ امکان بازیابی سوابق پرونده‌های پزشکی ❖ امکان بازیابی شامل فراخوانی و مشاهده پرونده پزشکی بستری براساس نام و نام خانوادگی، شماره پرونده پزشکی و کد ملی بیمار ❖ امکان بازیابی شامل فراخوانی و مشاهده پرونده پزشکی سرپایی براساس نام و نام خانوادگی، شماره پرونده پزشکی و کد ملی بیمار ❖ امکان بازیابی شامل فراخوانی و مشاهده پرونده پزشکی اورژانس براساس نام و نام خانوادگی، شماره پرونده پزشکی و کد ملی بیمار ❖ امکان بازیابی و دسترسی به پرونده بیمار در موارد اورژانس در تمام ساعات شبانه روز و ایام تعطیل ❖ به روز رسانی و نگهداری دائمی محتوای پندکس اصلی بیمار 	
<p>پرونده‌های پزشکی به منظور استمرار استفاده از شواهد و مراقبت از بیمار، تحقیق و پژوهش و پاسخگویی به سایر درخواست‌های اطلاعاتی مجاز تدوین می‌شود و بایستی به آسانی در دسترس و قابل بازیابی باشند. البته شیوه بازیابی بایستی متضمن محرمانگی، حفظ امنیت، تعیین سطوح دسترسی کارکنان به اطلاعات پرونده بیماران، قابلیت ثبت مراجعه هر یک از کارکنان، شناسایی و بررسی مراجعات غیر موجهه به پرونده بیماران، سلامت و صیانت از داده‌ها باشد. بازیابی صرفاً توسط افراد مجاز و آموزش دیده انجام شود. سوابق بازیابی‌ها توسط هر فرد در سیستم ثبت شده و امکان حذف لاگ فایل مربوطه وجود نداشته باشد. چارچوب و ضوابط دسترسی پژوهشگران به مفاد پرونده بیماران شامل ممنوعیت دسترسی به اطلاعات بیماران بدون اخذ تاییدیه از کمیته‌های اخلاق در پژوهش دارای اعتبار نامه از کمیته ملی اخلاق در پژوهش وزارت بهداشت، حمایت شود. همچنین تدابیر لازم جهت ایجاد، به روز رسانی و نگهداری دائمی محتوای پندکس اصلی بیمار^۳ به عنوان منبع کلیدی بازیابی پرونده‌ها در سامانه اطلاعات بیمارستانی اتخاذ گردد.</p>	
<p>➤ حداقل اقلام اطلاعاتی محتوای پندکس اصلی بیمار</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. نام و نام خانوادگی، کد ملی، نام پدر، تاریخ تولد، شماره شناسنامه و آدرس محل سکونت بیمار ۲. شماره الکترونیک بیمار و شماره پرونده ۳. تاریخ مراجعات، تاریخ ترخیص (ها)، بخش‌های بستری بیمار ۴. نام پزشک یا پزشکان معالج و تشخیص نهایی 	

¹ <http://regulatory.it.behdasht.gov.ir>

² coding.behdasht.gov.ir

³ Master Patient Index (MPI)



سطح دو	<p>الف-۵-۱-۶ سامانه اطلاعات بیمارستانی گواهی تبادل داده یا درگاه یکپارچه تبادل اطلاعات سلامت را اخذ نموده است.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ اخذ گواهی مطابقت با استانداردهای تبادل داده یا درگاه یکپارچه تبادل اطلاعات سلامت (دیتاس) سامانه اطلاعات بیمارستانی ❖ اعتبار تاریخ گواهینامه تبادل داده یا درگاه یکپارچه تبادل اطلاعات سلامت در محدوده معتبر
	<p>مرجع استعلام گواهینامه مذکور پایگاه اینترنتی رگولاتوری مرکز مدیریت امار و فناوری اطلاعات است. گواهینامه تبادل داده یا درگاه یکپارچه تبادل اطلاعات سلامت به صورت فیزیکی به توسعه دهنده سامانه‌های سلامت ارائه می‌شود و کپی آن که در بیمارستان موجود است قابل استناد است. در صورت مغایرت اطلاعات گواهینامه فیزیکی با اطلاعات موجود در پایگاه، اطلاعات پایگاه ملاک است. در منوی صدور مجوز زیر منوی استعلام سامانه‌های دارای گواهینامه، موارد به تفکیک نوع گواهینامه درج شده است.</p>
سطح سه	<p>الف-۵-۱-۷ سامانه اطلاعات بیمارستانی امکان گزارش‌سازی و گزارش‌گیری از انواع اطلاعات پرونده پزشکی بیمار را فراهم می‌نماید.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ امکان گزارش‌سازی و گزارش‌گیری از انواع اطلاعات پرونده پزشکی بیمار ❖ امکان اخذ خروجی از هر یک از فرم‌های پرونده الکترونیک یا اقلام اطلاعاتی موجود در سامانه اطلاعات بیمارستان
	<p>امکان گزارش‌سازی و گزارش‌گیری از سامانه اطلاعات بیمارستانی در مورد فرم‌های ورودی پرونده پزشکی بیمار موجود می‌باشد. براساس الزامی که برای سامانه‌های اطلاعات بیمارستانی در خصوص الکترونیک نمودن پرونده بالینی بیمار ایجاد شده، این سامانه‌ها علاوه بر فراهم نمودن امکان ورود داده‌های بالینی در قالب فرم، بایستی قابلیت اخذ گزارش‌ها از داده‌های ورودی را هم دارا باشند. در این قسمت تأکید بر امکان اخذ گزارش‌های مورد نیاز از رونده بالینی بیمار (داده‌های ورودی) در سامانه است.</p>
سطح سه	<p>الف-۵-۱-۸ سامانه‌های اطلاعات بیمارستانی امکان گزارش‌سازی و گزارش‌گیری از انواع اطلاعات مدیریتی را فراهم می‌نماید.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ امکان گزارش‌سازی و گزارش‌گیری از سامانه اطلاعات بیمارستانی در خصوص امار مراجعه و خدمات سرپایی، اورژانس، بستری، اتاق عمل و بخش‌های پاراکلینیک ❖ امکان گزارش‌سازی و گزارش‌گیری از انواع اطلاعات و ایجاد داشبوردهای مدیریتی/حالی از سامانه اطلاعات بیمارستان ❖ امکان اخذ گزارش‌های گرافیکی برای بررسی روند داده‌ها مانند روند نتایج آزمایش بیمار
	<p>مثال‌هایی از امار مراجعه و خدمات سرپایی، اورژانس، بستری، اتاق عمل و بخش‌های پاراکلینیک شامل خدمات ویزیت، مشاوره، جراحی‌ها، تست‌های آزمایشگاهی، تصویربرداری‌ها و سایر خدمات پاراکلینیک برحسب یارانه‌های مختلف و سایر موارد به تشخیص و محدوده انتظارات مدیران/کاربران بیمارستان است.</p> <p>مثال‌هایی از اطلاعات و داشبوردهای مدیریتی/مالی، درصد اشغال تخت بستری، متوسط مدت اقامت بیمار، فاصله چرخش اشغال تخت‌فاصله بازگردانی تخت^۱، چرخش اشغال تخت توسط بیماران بستری در یک دوره زمانی معین^۲، بار بیماری‌ها و اعمال جراحی و سایر موارد به تشخیص و محدوده انتظارات مدیران/کاربران بیمارستان است.</p> <p>مثال‌هایی از اطلاعات و داشبوردهای مالی، متوسط درآمد هر پرونده، متوسط درآمد هر پرونده به تفکیک گروه خدمات/درمان‌دار و تجهیزات، نسبت تخفیف به درآمد به تفکیک نوع تخفیف، متوسط درآمد بیمه‌ای پرونده، درآمد کل به تخت روز، گزارش‌های مرتبط با اعمال گلوبال شامل سود و زیان هزینه‌های گلوبال، سود و زیان هزینه‌های گلوبال به تفکیک خدمات گلوبال، گزارش‌های مرتبط با تعیین کنندگان مالی شامل درصد سهم بیمه، بیمار و یارانه، متوسط سهم بیمه، بیمار و یارانه، درصد سهم بیمه، بیمار و یارانه به تفکیک گروه خدمات، متوسط سهم بیمه، بیمار و یارانه به تفکیک گروه خدمات، سهم ریالی و درصدی خدمات پاراکلینیک از پرونده‌های اورژانس، تراز هزینه کرد و درآمد حاصله از ۶٪ خدمات بستری، تراز هزینه کرد و درآمد حاصله از ۴۰٪ اتاق عمل و سایر موارد مورد نظر بیمارستان است. عملکرد مالی بیمارستان و مدیریت مصرف منابع و سایر موارد به تشخیص و محدوده انتظارات مدیران/کاربران بیمارستان است.</p> <p>درصد اشغال تخت بستری بیانگر میزان اشغال تخت‌های فعال بیمارستان توسط بیماران بستری در یک دوره زمانی معین است. فعال بودن تختها نیز بنا بر شرط‌های دایر بودن، مجهز بودن، برخورداری از نیروی متخصص و در دسترس بودن تعریف می‌گردد. به عبارت دیگر، درصد اشغال تخت تعداد بیماران بستری در یک دوره معین را با تعداد تخت‌های موجود در همان دوره مقایسه می‌کند. برای محاسبه درصد اشغال تخت، جمع تخت روز اشغالی در صورت و جمع تخت روز فعال در متخرج لحاظ شده و حاصل در عدد ۱۰۰ ضرب می‌شود. متوسط مدت اقامت، عبارتست از متوسط تعداد روزهایی که به هر بیمار بستری ترخیص شده از اقامت شده است. محاسبه متوسط مدت اقامت از طریق جمع روزهای بستری یک بخش یا بیمارستان در طی یک دوره معین تقسیم بر تعداد بیماران ترخیص شده در همان دوره انجام می‌شود.</p> <p>چرخش اشغال تخت عبارتست از میانگین تعداد دفعاتی که بیماران بستری از یک تخت بستری بیمارستانی در یک دوره معین استفاده میکنند. این میزان، تعداد اشغال و خالی شدن تخت را در یک دوره معین نشان می‌دهد. برای محاسبه این شاخص، تعداد ترخیص‌ها در یک دوره زمانی معین بر میانگین تعداد تخت‌های فعال همان دوره تقسیم می‌شود. فاصله چرخش اشغال تخت/فاصله بازگردانی تخت، عبارتست از متوسط زمانی فاصله ترخیص یک بیمار و پذیرش بیمار بعدی برای هر تخت (بر حسب روز). به عبارتی دیگر، این شاخص بیانگر میانگین زمانیست که هر یک از تخت‌های فعال فاصله بین دو پذیرش خالی می‌مانند. برای محاسبه این شاخص، تفاضل تخت روز اشغالی از تخت روز کل در یک دوره زمانی معین بر تعداد کل ترخیص شده‌ها در همان دوره تقسیم می‌شود.</p>

1 report

2 Bed Turnover Interval Rate

3 Bed Turnover Rate



سطح	الف-۵-۲ بیمارستان از ورود صحیح و کامل داده‌ها اطمینان حاصل می‌نماید.
سطح دو	الف-۵-۲-۱ بر اساس شیوه‌ی مدون، ورود صحیح داده‌ها در سامانه اطلاعات بیمارستانی نظارت و کنترل می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ تدوین روش اجرایی کنترل صحت داده‌های ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستانی با مشارکت صاحبان فرایند ❖ آگاهی و عملکرد کارکنان مرتبط بر اساس روش اجرایی ❖ ارزیابی و کنترل صحت داده‌های ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستانی حداقل به صورت هفتگی توسط مدیران/ مسئولان بخش‌ها و واحدها ❖ اطلاع رسانی نتایج ارزیابی و کنترل صحت داده‌ها به مسئول واحد مدیریت اطلاعات
	<p>➤ حداقل‌های مورد انتظار در روش اجرایی کنترل صحت داده‌های ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستانی</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. تعیین مسئولان مجاز برای کنترل صحت داده‌های ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستانی ۲. تعیین نحوه گزارش نتایج کنترل صحت داده‌ها به مسئولان واحدهای مدیریت و فن آوری اطلاعات سلامت ۳. بازه زمانی هفتگی برای کنترل صحت داده‌های ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستانی ۴. پیش‌بینی ابزار/چک لیست برای ثبت نتایج کنترل صحت داده‌های ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستانی ۵. نحوه عملکرد و طراحی و اجرای اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود توسط کمیته فن آوری و مدیریت اطلاعات سلامت ۶. نحوه ساختارمند نمودن ورود داده‌ها بر اساس آخرین ابلاغیه‌های وزارت بهداشت ۷. به روز نمودن الزامات مستندسازی در سامانه اطلاعات بیمارستانی بر اساس آخرین ابلاغیه‌های وزارت بهداشت^۱ <p>نحوه ردیابی فعالیت کاربران^۲ جهت ردیابی خطاهای ثبت داده‌ها</p>
سطح دو	الف-۵-۲-۲ داده‌های مرتبط با فقره‌های اطلاعاتی سامانه آمار و اطلاعات بیمارستانی، بر اساس ضوابط مربوط ثبت و به روز رسانی می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ ثبت داده‌های مربوط به اطلاعات شناسنامه‌ای و بخش‌های بیمارستانی ❖ ثبت و به روز رسانی داده‌های مربوط به پرسنل و پزشکان ❖ ثبت و به روز رسانی داده‌های مربوط تجهیزات پزشکی و تجهیزات سرمایه‌ای <p>میزان مطابقت اطلاعات ثبت شده در بخش اطلاعات شناسنامه‌ای و بخش‌های بیمارستان با وضعیت موجود و تعیین میزان ثبت، کنترل و به روز رسانی داده‌های مربوط به پرسنل و پزشکان، تجهیزات پزشکی و تجهیزات سرمایه‌ای بر اساس راهنمای ارزیابی نتیجه‌های اعتبار بخشی سامانه آواب انجام می‌شود.</p>

^۱ از جمله کدینگ تشخیصی‌ها و اقدامات، تعیین هزینه‌ها، ازانات بیمه آبی و گولانری‌ها

^۲ Audit log



سطح	الف-۵-۳ نگهداشت تجهیزات سخت افزاری و نرم افزارها برنامه ریزی و بر اساس آن عمل می شود.
سطح یک	الف-۵-۳-۱ پشتیبانی از برنامه ها و سامانه های نرم افزاری برنامه ریزی و انجام می شود. <ul style="list-style-type: none"> ❖ تدوین روش اجرایی "نگهداری و پشتیبانی منظم داده ها و بانک های اطلاعات لکترونیک و تهیه نسخه پشتیبان" با مشارکت صاحبان فرایند ❖ آگاهی و عملکرد کارکنان مرتبط بر اساس روش اجرایی ❖ پشتیبانی از برنامه ها و سامانه های نرم افزاری
	<p>➤ در روش اجرایی "نگهداری و پشتیبانی منظم داده ها و بانک های اطلاعات لکترونیک و تهیه نسخه پشتیبان" نحوه اخذ تاییده پنج مورد ذیل در قالب چک لیست یا طی یک نامه صادر شده از دفتر آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه نیز پیش بینی شود.</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. وجود گزارش تایید شده مسئول فنی سامانه اطلاعات بیمارستانی دفتر آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه از وجود برنامه زمان بندی پشتیبان گیری خودکار بر روی سرورهای بیمارستان از بانک اطلاعاتی سامانه های مرکز^۱ در طول یک شبانه روز. ۲. وجود گزارش تایید شده مسئول فنی سامانه اطلاعات بیمارستانی دفتر آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه از کپی خودکار نسخه های پشتیبان بانک اطلاعاتی سامانه اطلاعات بیمارستانی به صورت روزانه و هفتگی بر روی سرور جدا از سرور اصلی بانک اطلاعاتی بیمارستان. ۳. صدور نامه گواهی صحت فنی و عملیاتی نسخه های پشتیبان گرفته شده از بانک سامانه اطلاعات بیمارستانی که توسط مسئول فنی سامانه اطلاعات بیمارستانی دفتر آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه. ۴. وجود گزارش تایید شده مسئول شبکه و زیر ساخت دفتر آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه از نصب نرم افزار آنتی ویروس لایسنس دار و به روز رسانی شده حتی به صورت آنلاین بر روی سرورها و کلاینت های بیمارستان. <p>وجود گزارش تایید شده مسئول شبکه و زیر ساخت دفتر آمار و فناوری اطلاعات دانشگاه از عدم اتصال مستقیم سرورهای سامانه های بیمارستان به اینترنت به غیر از سرور آنتی ویروس بیمارستان. استفاده از رایانه های واسط و کنترل شده برای اتصال شرکت های پشتیبان به سرورهای بیمارستان.</p>
سطح دو	الف-۵-۳-۲ نگهداشت و پشتیبانی از تجهیزات سخت افزاری برنامه ریزی و انجام می شود. <ul style="list-style-type: none"> ❖ تدوین روش اجرایی " پشتیبانی از سیستم های سخت افزاری " با مشارکت صاحبان فرایند ❖ آگاهی و عملکرد کارکنان مرتبط بر اساس روش اجرایی ❖ اجرای پشتیبانی از سیستم های سخت افزاری در سطح بیمارستان
	<p>➤ مرکز اتاق سرور^۲ برای سامانه ها و اطلاعات بیمارستان با حداقل مشخصات زیر برای پشتیبانی از سامانه اطلاعات بیمارستان فعالیت نماید</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. محیط آن پاکیزه، ایزوله و دارای پوشش دیوار مناسب بوده و امکان تردد در آن بدون مجوز ریاست/مدیریت با مدیر فن آوری اطلاعات مرکز مقدور نباشد. ۲. دارای سیستم برق اضطراری و تغذیه کننده بدون وقفه جریان الکتریکی^۳ برای سرورهای بیمارستان باشد. ۳. ایمن بوده و دارای امکانات ضد حریق باشد. ۴. سرورها و محل نگهداری تجهیزات در آن کاملا برجسب گذاری شده و دفترچه راهنمای حداقلی برای دسترسی و هیب یابی سریع موجود باشد. ۵. استفاده از رایانه های رومیزی در بیمارستان ها به عنوان سرور اصلی سامانه ها و بانک اطلاعاتی قابل قبول نیست. ۶. وجود کلاینت و پرینترهای پشتیبان برای واحدهای حیاتی و پر تردد بیمارستان نظیر پذیرش صندوق و ... از قبل برنامه ریزی شده و موجود باشد. ۷. اتاق سرور هیچ گونه راه نفوذ و پنجره رو به بیرون نداشته باشد. ۸. ابزارهای هشتمند نظارت نظیر درب ضد سرقت، دوربین و یا سامانه های هشدار به کاربر باشند. ۹. تجهیزات سخت افزاری موجود در اتاق سرور دارای دو ورودی مجزای برق، اتصالات شبکه کافی بوده و در داخل رک های استاندارد قرار گرفته باشند. <p>ردیف های اول تا پنجم الزامی و ردیف های شش تا نه صرفا توصیه می شود.</p> <p>سوابق فرایندهای ارتقاء و تعمیرات سخت افزاری و درخواست های خروجی برای تعمیرات به خارج از بیمارستان نگهداری شوند. همچنین وجود شناسنامه بروز شده از شبکه و تجهیزات سخت افزاری بیمارستان لازم و ضروری است.</p>

¹ Full backup & Log back up

² Data Center

³ UPS



الف-۵-۴	امنیت داده‌ها برنامه‌ریزی و بر اساس آن عمل می‌شود.
الف-۵-۴-۱	سطوح دسترسی به اطلاعات بیماران با شرایط و معیارهای معین و مبتنی بر اصل محرمانگی برنامه‌ریزی و رعایت می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ تعیین شرایط و معیارهای سطح دسترسی درون سازمانی و برون سازمانی به اطلاعات بیماران در کمیته مدیریت اطلاعات سلامت ❖ رعایت سطوح دسترسی به اطلاعات بیماران با شرایط و معیارهای معین و مبتنی بر اصل محرمانگی
	تست‌ور العمل وزارت بهداشت (کد دست‌ور العمل: الف-پ-۲-۹۸/۲) مد نظر قرار گیرد.
الف-۵-۴-۲	سامانه اطلاعات بیمارستانی دارای گواهی مورد تأیید وزارت بهداشت در زمینه امنیت برنامه است.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ وجود تصویر گواهینامه گواهی امنیت سامانه اطلاعات بیمارستان ❖ اعتبار تاریخ گواهینامه ارزیابی عملکرد در محدوده معتبر
	گواهینامه امنیت سامانه اطلاعات بیمارستانی به صورت فیزیکی به توسعه‌دهنده سامانه‌های سلامت ارائه می‌شود و کپی آن که در بیمارستان موجود بوده و قابل استناد است. این گواهینامه از آزمایشگاه‌ها به صورت مستقل اخذ شده و مرکز مدیریت آمار و فناوری اطلاعات این گواهینامه را ارائه نمی‌کند.
الف-۵-۵	بیمارستان از فرآیند تشکیل و تکمیل پرونده‌های پزشکی بیماران اطمینان حاصل می‌نماید.
الف-۵-۵-۱	* پذیرش تمامی مراجعین و بیماران با کد اختصاصی الکترونیک و با قابلیت بازیابی در مراجعه‌های بعدی صورت می‌پذیرد.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ اختصاص شناسه منحصر به فرد قابل بازیابی در کلیه مراجعات بیماران پذیرش شده در بخش‌های بستری و سربایی ❖ قابلیت ارایه یادآور در مواردی که بیمار مراجعه قبلی داشته در سامانه اطلاعات بیمارستان ❖ هوشمندی و عدم امکان پذیرش یک بیمار در دو مراجعه با دو شناسه متفاوت در سامانه اطلاعات بیمارستان ❖ کنترل و اصلاح موارد اختصاص شناسه‌های متعدد به یک بیمار در سامانه اطلاعات بیمارستان
	شماره‌دهی پرونده‌های سربایی معمولاً به صورت سریال انجام می‌شود. به این صورت که بر حسب توالی مراجعه بیماران مختلف، شماره‌هایی به صورت متوالی و سریال اختصاص می‌یابد. تعداد ارقام شماره سریال براساس متوسط مراجعه سالانه با احتساب درصد افزایش سالانه تعیین می‌شود. به منظور استمرار روند درمان بیمار و دسترسی به سوابق مراجعه‌های قبلی، شماره اختصاص یافته به یک بیمار باید منحصر به فرد باشد. به این معنی که تمام پذیرش‌های بیمار در کلینیک‌ها و درمانگاه‌های مختلف با یک شماره منحصر به فرد انجام شود. شماره‌دهی پرونده‌های بستری براساس سیستم شماره دهی واحد انجام شود. به این صورت که پذیرش بیمار در مراجعه‌های مختلف بستری با یک شناسه منحصر به فرد و معمولاً بین ۶ تا ۸ رقمی صورت پذیرد. سامانه اطلاعات بیمارستانی باید از قابلیت ارایه یادآور در مواردی که بیمار مراجعه قبلی داشته برخوردار باشد. لازم است رویه‌های منبوع به منظور کنترل و اصلاح موارد اختصاص شماره‌های متعدد به یک بیمار یا اختصاص یک شماره پرونده به چند بیمار طراحی و اجرا شود. شماره دهی پرونده‌های تحت نظر اورژانس نیز معمولاً براساس سیستم سریال (سریال سالانه) انجام می‌شود. در حالت ایده آل، تمامی مراجعه‌های سربایی، اورژانس و بستری بیمار با یک شماره منحصر به فرد صورت می‌گیرد.



سطح یک	الف-۵-۲ ثبت اطلاعات پرونده بیماران با استفاده از فرم‌های ابلاغی دارای شناسه کشوری صورت می‌پذیرد.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ استفاده از فرم‌های ابلاغی پرونده پزشکی بیماران بستری ❖ استفاده از فرم‌های ابلاغی تریاز و پرونده اورژانس ❖ استفاده از فرم‌های ابلاغی مراقبت‌های مادر و نوزاد در بلوک زایمان ❖ استفاده از فرم‌های ابلاغی مراقبت‌های ویژه در بخش مراقبت ویژه بزرگسالان، کودکان و نوزادان^۱ ❖ استفاده از فرم‌های ابلاغی ارزیابی اولیه بستاری ❖ استفاده از فرم‌های ابلاغی تغذیه و رژیم درمانی بیماران بستری ❖ استفاده از فرم‌های ابلاغی خدمات مددکاری
	<p style="text-align: right;">➤ شرح انواع فرم‌های ابلاغی</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. فرم‌های ابلاغی پرونده پزشکی بیماران بستری شامل فرم‌های پذیرش و خلاصه تریخیص، خلاصه پرونده، شرح حال و معاینات بدنی، سیر بیماری، درخواست مشاوره، مراقبت قبل از عمل جراحی، بیهوشی، گزارش عمل جراحی، مراقبت بعد از عمل جراحی، دستورات پزشک، گزارش پرستار، کنترل علائم حیاتی، نمودار علائم حیاتی، گزارش رادیولوژی، گزارش پاتولوژی، گزارش آزمایشگاه، گزارش الکتروکاردیوگرام، جذب و دفع مایعات است. ۲. فرم‌های ابلاغی تریاز و پرونده اورژانس به منظور ثبت اطلاعات بیماران اورژانس استفاده می‌شود. ۳. فرم‌های ابلاغی در خصوص مراقبت‌های مادر و نوزاد (بلوک زایمان) شامل شرح حال مادر باردار، ثبت پیشرفت زایمان، پارتوگراف، زایمان، مراقبت پس از زایمان، تزریق سولفات منیزیم، ارزیابی خطر ترومبو آمبولی وریدی در بارداری و پس از زایمان، شرح حال نوزاد بدو تولد و جدول آپگار، معاینات بدنی و بررسی‌های بدو تولد نوزاد، بدون تغییر در پرونده بستری مادر است. ۴. فرم‌های ابلاغی در خصوص مراقبت ویژه شامل بخش‌های ویژه بزرگسالان، کودکان و نوزادان بدون تغییر و بر حسب نیاز در پرونده بستری بیمار موجود است. ۵. فرم‌های ابلاغی در خصوص ارزیابی اولیه بستاری در بخش شامل فرم‌های ارزیابی اولیه بستاری بزرگسال، کودک، بیمار مبتلا به اختلالات اعصاب و روان، و ارزیابی اولیه بستاری کودک و نوجوان در بخش روان، بدون تغییر در استفاده می‌شود. ۶. فرم‌های ابلاغی در خصوص خدمات مددکاری شامل فرم ارزیابی تخصصی مددکار اجتماعی و فرم مدیریت مورد مددکار اجتماعی بدون تغییر در پرونده بستری بیمار موجود است. ۷. فرم‌های ابلاغی در خصوص تغذیه بیماران بستری شامل فرم‌های ارزیابی و پیگیری تخصصی و مراقبت تغذیه‌ای، فرم‌های ارزیابی و پیگیری تخصصی و مراقبت تغذیه‌ای کودکان و نوجوانان بستری بدون تغییر و بر حسب نیاز در پرونده بیماران موجود است. ۸. پرونده سرپایی مشتمل بر داده‌های شناسایی و دموگرافیک بیمار، نام پزشک، نوع بیمه، تاریخ مراجعه، خلاصه شرح حال بیمار و نتایج معاینات بدنی، تشخیص و طرح درمان، امضای پزشک و تاریخ و زمان ثبت اطلاعات، به منظور ثبت اطلاعات مراجعین به درمانگاه‌ها استفاده می‌شود. ۹. ثبت اطلاعات بیماران از سطح یک درمان و نیز پس‌خوراند اطلاعات درمان به سطح یک در قالب حداقل اقلام اطلاعاتی تعیین شده انجام می‌شود. <p style="text-align: right;"> ✂ نام ۴۰۹/۵۳۱۷ مورخ ۹۵/۰۲/۱۸ وزارت بهداشت ✂ نام ۴۰۰/۱۹۱۳۰ مورخ ۱۳۹۲/۰۹/۱۸ وزارت بهداشت ✂ نام ۴۰۰/۲۵۱۸۵ مورخ ۱۳۹۵/۰۸/۲۲ وزارت بهداشت ✂ نام ۴۰۹/۸۸ مورخ ۱۳۹۷/۰۱/۰۸ وزارت بهداشت ✂ نام ۴۰۰/۴۴۵۰ مورخ ۱۳۹۷/۰۲/۰۱ وزارت بهداشت ✂ نام ۴۰۹/۲۶۹۳۶ مورخ ۹۲/۱۲/۱۰ وزارت بهداشت ✂ نام ۴۰۰/۲۱۲۴۲ مورخ ۱۳۹۷/۰۹/۰۷ وزارت بهداشت ✂ نام ۴۰۱/۱۴۸۰۹ مورخ ۱۳۹۴/۰۶/۱۸ وزارت بهداشت </p>

¹ ICU . NICU . PICU



سطح یک	الف-۵-۳ محل نگهداری سوابق پرونده‌های پزشکی بر اساس ضوابط مربوط است.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ وجود فضای کافی جهت نگهداری پرونده‌های سرپایی، اورژانس و بستری در وضعیت جاری و راکد، مطابق با مدت زمان‌های مقرر و متناسب با میزان مراجعه ❖ رعایت شرایط محل نگهداری پرونده‌ها مطابق دستورالعمل ساماندهی اسناد وزارت بهداشت
	<p>تمامی بیمارستان‌ها اعم از دولتی، خصوصی وابسته به سازمان‌ها و نهادها، تابع قوانین و مقررات ابلاغی وزارت بهداشت در خصوص مدت زمان نگهداری و نحوه اسخا، می باشند.</p> <p>❖ رعایت شرایط محل نگهداری پرونده‌ها بر اساس دستورالعمل ۱۰۱/۳۵۹۳ مورخ ۹۷/۱۱/۱۰ وزارت بهداشت فصل سوم دستورالعمل ساماندهی اسناد موضوع نامه ۳۰۷۶۸۲ مورخ ۸۹/۱۲/۲۵ وزارت بهداشت</p>
سطح یک	الف-۵-۴ خلاصه برداری و امحاء پرونده‌های پزشکی پس از دوره زمانی مقرر، بر اساس ضوابط مربوط است.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل‌های خلاصه برداری و امحاء پرونده‌های پزشکی بستری ❖ خلاصه برداری از پرونده‌های پزشکی بستری مشمول بعد از طی حداقل زمان‌های مقرر در دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت ❖ امحاء پرونده‌های پزشکی بعد از طی حداقل زمان‌های مقرر در دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت
	<p>در مورد پرونده‌های بستری مشمول، خلاصه برداری حداقل شامل فرم‌های اصلی پذیرش و خلاصه پرونده، فرم‌های مخصوص شامل شرح عمل و گزارش پاتولوژی و فرم‌های تخصصی شامل شرح زایمان، اپکار نوزاد، گواهی فوت، گواهی ولادت، نمودار سطح سوختگی بیمار نگهداری شود. مدت زمان‌های قید شده در بخشنامه‌های ابلاغی حداقل زمان الزامی برای نگهداری پرونده بوده و مراکز در صورت داشتن فضای کافی می‌توانند بیشتر از زمان‌های ابلاغی نسبت به نگهداری پرونده‌ها اقدام نمایند.</p> <p>❖ دستورالعمل ۱۰۱/۱۹ مورخ ۹۲/۰۱/۱۷ وزارت بهداشت ❖ دستورالعمل ۱۰۱/۲۴۴۸ مورخ ۹۵/۱۰/۰۸ وزارت بهداشت ❖ دستورالعمل ۱۰۱/۱۶۴۴ مورخ ۹۵/۰۷/۱۴ وزارت بهداشت ❖ دستورالعمل ۱۰۱/۱۹۰۶ مورخ ۹۵/۰۸/۰۹ وزارت بهداشت ❖ دستورالعمل ۱۰۱/۳۶۴۸ مورخ ۹۷/۱۱/۱۶ وزارت بهداشت ❖ دستورالعمل ۱۰۱/۲۴۵۰ مورخ ۹۷/۰۸/۱۲ وزارت بهداشت</p> <p>فصل پنجم دستورالعمل ساماندهی اسناد موضوع نامه ۳۰۷۶۸۲ مورخ ۸۹/۱۲/۲۵ وزارت بهداشت</p>
سطح یک	الف-۵-۵ پرونده‌های پزشکی حین فرایند ترخیص و در بخش‌های بالینی از نظر کمی بازبینی شده و اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل می‌آید.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ تدوین چک لیست ممیزی پرونده‌های پزشکی در کمیته فن‌آوری و مدیریت اطلاعات بیمارستان ❖ کنترل اولیه توسط منشی بخش و بازبینی تمامی پرونده‌های پزشکی قبل از ترخیص بیمار و براساس چک لیست ممیزی پرونده‌ها (بررسی کمی) ❖ کنترل نهایی کارشناس بخش مدیریت اطلاعات و بازبینی تمامی پرونده‌های پزشکی بعد از ترخیص بیمار و براساس چک لیست ممیزی پرونده‌ها (بررسی کمی) ❖ ارائه بازخورد در خصوص موارد نقص به پزشک، پرستار یا سایر افراد سهیم در مستند سازی پرونده بیمار
	<p>چک لیست ممیزی پرونده‌های پزشکی در کمیته فن‌آوری و مدیریت اطلاعات بیمارستان تصویب شده و حداقل دربرگیرنده کنترل اولیه و نهایی محتوای پرونده توسط منشی بخش و کارشناس بخش مدیریت اطلاعات از لحاظ وجود تمامی فرم‌ها و ترتیب قرار گرفتن فرم‌های پرونده کاغذی، گزارشات مورد نیاز، تکمیل تمام اقلام اطلاعاتی فرم‌ها، ثبت تاریخ و زمان مستندات، ثبت مهر و امضای مستند سازان است. قسمت کنترل اولیه چک لیست ممیزی، قبل از ترخیص بیمار و در بخش بستری و قسمت کنترل نهایی آن بعد از ترخیص بیمار و در بخش مدیریت اطلاعات سلامت بیمارستان تکمیل می‌شود. نتایج مربوط به رفع موارد نقص در چک لیست ممیزی فرم‌های پرونده مستند می‌شود. چک لیست‌ها به صورت الکترونیک یا فیزیکی قابل قبول است.</p>



الف-۵-۶ بازبینی کمی و کیفی تعداد معینی از پرونده‌های پزشکی، پس از ترخیص انجام شده و در صورت نیاز اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل می‌آید. سطح یک
<ul style="list-style-type: none"> ❖ ارزیابی کمی و کیفی مستندسازی اطلاعات سلامت بیماران، پس از ترخیص از طریق بازبینی پرونده پزشکی منتخب نمونه در واحد مدیریت اطلاعات سلامت ❖ بررسی کیفی محتوای پرونده‌های پزشکی در نمونه منتخب از پرونده‌ها و در قالب تیم کنترل کیفی مستندات پزشکی با مشارکت گروه‌های بالینی و مدیریت اطلاعات ❖ اعلام موارد نقص پرونده به پزشک، پرستار و یا سایر افراد سهیم در مستند سازی پرونده بیمار و پیگیری جهت رفع نواقص حداکثر ظرف مدت چهارده روز
<p>بایش مستمر و بازخورد موارد نقص پرونده به افراد و گروه‌های سهیم در ثبت اطلاعات در پرونده صورت گرفته و مداخلات مناسب جهت کاهش نواقص پرونده‌های پزشکی در قالب کمیته مدیریت اطلاعات بیمارستان طراحی و اجرا می‌گردد. همچنین بررسی کیفی محتوای پرونده‌های پزشکی در مورد تعداد نمونه قابل قبولی از پرونده‌ها و در قالب تیم کنترل کیفی مستندات پزشکی با مشارکت نمایندگان گروه‌های بالینی و بخش مدیریت اطلاعات سلامت در بازه‌های زمانی مشخص انجام می‌شود.</p> <p>بررسی کیفی محتوای پرونده پزشکی به منظور ارتقای مستندات بالینی از لحاظ کیفیت ثبت محتوا انجام شده (از جمله درستی و صحت اطلاعات ثبت شده، همخوانی اطلاعات ثبت شده، به موقع بودن ثبت اطلاعات، دقیق بودن و کفای بودن اطلاعات ثبت شده) و چک لیست مورد نظر بر حسب آن که کدام ویژگی کیفی مورد نظر باشد، متفاوت است. نتایج بررسی کیفی پرونده‌های پزشکی به افراد و گروه‌های بالینی سهیم در ثبت پرونده بازخورد داده شده و مداخلات مورد نیاز به منظور ارتقای کیفی مستند سازی پرونده پزشکی در قالب کمیته مدیریت اطلاعات بیمارستان طراحی و اجرا می‌گردد.</p>
<p style="text-align: right;">➤ برخی مصادیق کنترل کیفی پرونده پزشکی</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. اطلاعات هویتی بیمار در فرم پذیرش با اطلاعات ثبت شده در سر برگ سایر فرم‌های پرونده مطابقت و همخوانی دارد. ۲. تشخیص‌های ثبت شده در فرم پذیرش و خلاصه ترخیص با موارد ثبت شده در شرح حال، گزارش عمل جراحی، گزارش پاتولوژی و خلاصه ترخیص همخوانی دارد. ۳. فرم شرح حال بیمار انکاس دهنده روال منطقی تصمیم گیری بالینی^۱ شامل اظهارات بیمار، بررسی‌ها و معاینات بدنی توسط پزشک، نتیجه ارزیابی پزشک (تشخیص قطعی، تشخیص احتمالی یا تشخیص افتراقی) و طرح درمان می‌باشد. ۴. یادداشت‌های سیر بیماری به صورت روتین ثبت شده، بیانگر سیر پیشرفت وضعیت سلامتی بیمار می‌باشد و از لحاظ بالینی تایید کننده لزوم مداخلات پزشکی یا توصیه تصمیمات اخذ شده در مورد مراقبت بیمار می‌باشد. ۵. مستندات کافی در مورد انجام تمام دستورات پزشک موجود می‌باشد. ۶. دستورات پزشک مشوراً توسط پزشک معالج تایید می‌شود. ۷. در دستورات دارویی، نام دارو، روش مصرف دارو، دوز مصرفی، دفعات تکرار، مدت زمان مصرف دارو و دلیل تجویز دارو باید در متن دستور مستند گردد. به ویژه در مورد آنتی بیوتیک‌ها ذکر تاریخ توقف در مصرف نیز لازم است. ۸. دستورات تلفنی مطابق با دستورالعمل مستند سازی ثبت و مستند می‌شوند. ۹. دستور ترخیص بیانگر ضرورت ترخیص بیمار می‌باشد. ۱۰. دستورالعمل‌های مربوط به ویرایش اطلاعات شامل تصحیح اطلاعات، اضافه کردن اطلاعات و ثبت‌های تأخیری به درستی رعایت شده است. ۱۱. فاصله زمانی بین دستورات پزشک و دریافت گزارش اقدام^۲ بر مبنای مستندات پرونده قابل محاسبه می‌باشد. ۱۲. دستورالعمل‌های مرتبط با استفاده از نمادها و اختصارات در مستند سازی پرونده رعایت می‌گردد. ۱۳. خلاصه ترخیص بیانگر توصیه‌های هنگام ترخیص و اطمینان از درک آن‌ها از سوی بیمار یا همراه وی می‌باشد. ۱۴. مستندات ثبت شده توسط فراگیران، توسط پزشک معالج مورد بازبینی قرار گرفته و تایید شده است. ۱۵. گزارش عمل جراحی بلافاصله بعد از عمل جراحی ثبت می‌شود. <p>پرونده بیمار دارای وقفه‌های زمانی نبوده و مستندات آن محل استقرار بیمار را در طی بستری انکاس می‌دهد.</p>

¹ Subjective, Objective, Assessment, Plan (SOAP)

² Turn Around Time (TAT)



سطح یک	الف-۵-۵-۷ فرآیندی معین برای کنترل و صیانت از پرونده‌های بالینی در نقل و انتقال بین بخش‌ها / واحدها برنامه‌ریزی و بر اساس آن اقدام می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ تدوین خط مشی و روش " کنترل و صیانت از پرونده‌های بالینی در نقل و انتقال بین بخش‌ها/ واحدها " با مشارکت صاحبان فرایند ❖ آگاهی و عملکرد کارکنان مرتبط بر اساس خط مشی و روش ❖ صیانت از پرونده‌های بالینی در نقل و انتقال بین بخش‌ها / واحدها
	<p>❖ نکاتی در خصوص خط مشی و روش " کنترل و صیانت از پرونده‌های بالینی در نقل و انتقال بین بخش‌ها/ واحدها "</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. امکان ردیابی^۱ و تعیین محل دقیق پرونده^۲ از طریق سامانه اطلاعات بیمارستانی وجود داشته باشد. ۲. ساز و کار مدونی در خصوص کنترل خروج پرونده از بخش مدیریت اطلاعات سلامت وجود داشته و مطابق آن اقدام شود. ۳. ثبت درخواست پرونده از سوی درخواست کننده مجاز در دفتر ثبت یا سامانه الکترونیک ثبت خروج پرونده (حداقل شامل شماره پرونده، نام بیمار، نام درخواست کننده، علت درخواست پرونده، نام فرد تحویل دهنده پرونده، نام فرد تحویل گیرنده پرونده، تاریخ درخواست، تاریخ واگذاری پرونده، تاریخ هودت پرونده) ۴. انتقال پرونده توسط فرد یا افراد معین و مجاز صورت پذیرد و پرونده بیمار برای نقل و انتقال بین بخشی هرگز تحویل همراه نشود. ۵. کنترل مستمر حداقل ماهیانه سیستم ثبت کاغذی/ الکترونیک خروج پرونده توسط کارشناس بخش مدیریت اطلاعات سلامت برای هودت به موقع پرونده‌های تحویلی به بخش‌ها/ واحدها صورت پذیرد. ۶. تدبیر کنترلی لازم به منظور اطمینان از الصاق گزارش‌های تاخیری از جمله گزارش پاتولوژی پس از ترخیص به پرونده کاغذی بیمار اتخاذ شده است. ۷. تطابق فهرست بیماران پذیرش شده با فهرست پرونده‌های ورودی به بخش مدیریت اطلاعات بیمارستان پس از ترخیص بیماران صورت پذیرد. <p>. گزارش پرونده‌های مفقودی به مدیریت اعلام شده و در کمیته مدیریت اطلاعات بیمارستان تعیین تکلیف شده و اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود تدوین و اجرا شود</p>
سطح یک	الف-۵-۵-۸ کد گذاری پرونده‌های بالینی بر اساس طبقه بندی بین‌المللی بیماری‌ها و ضوابط مربوطه انجام می‌شوند.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ کد گذاری کلیه تشخیص‌ها و اقدامات بر اساس آخرین ویرایش طبقه بندی‌ها ❖ کد گذاری تشخیص نهایی حداکثر تا ۴۸ ساعت بعد از ترخیص بیمار <p>کد گذاری تمامی تشخیص‌ها و اقدامات بر اساس آخرین ویرایش طبقه بندی‌ها ابلاغی وزارت بهداشت بر اساس نسخه ابلاغی (ICD10-2016) انجام شده و در سامانه اطلاعات بیمارستانی ثبت می‌شود.</p> <p>دستورالعمل ابلاغی ۴۰۰/۳۵۵۱ مورخ ۹۸/۰۲/۲۴ وزارت بهداشت</p>
سطح دو	الف-۵-۵-۹ قابلیت ردیابی مراجعتهای قبلی بیماران بر اساس کد ملی در سامانه اطلاعات بیمارستانی در تمامی بخش‌ها / واحدها فراهم است.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ ثبت کد ملی بیماران حداکثر تا زمان ترخیص در سامانه اطلاعات بیمارستان ❖ قابلیت ردیابی پرونده بیماران بستری از طریق کد ملی در سامانه اطلاعات بیمارستانی ❖ قابلیت ردیابی پرونده بیماران سرپایی از طریق کد ملی در سامانه اطلاعات بیمارستانی ❖ قابلیت ردیابی پرونده بیماران اورژانس از طریق کد ملی در سامانه اطلاعات بیمارستانی ❖ وجود رویه مشخصی به منظور امکان ردیابی پرونده بیمار مجهول الهویه در سامانه اطلاعات بیمارستانی
	بایش و کاهش پرونده‌های فاقد کد ملی تا پایان ترخیص، در سامانه اطلاعات بیمارستانی برنامه‌ریزی و اقدامات اصلاحی لازم به عمل می‌آید.

¹ Tracking

² Locating



الف-۵-۶ بیمارستان در راستای الکترونیک نمودن خدمات برنامه ریزی نموده و بر اساس آن عمل می نماید.	سطح
الف-۵-۶-۱ مراحل پیاده سازی برنامه نظام لکترونیک ارجاع بیماران در بیمارستان، مطابق ضوابط مربوط برنامه ریزی شده و اجرا می شوند.	سطح یک
<ul style="list-style-type: none"> ❖ اخذ گواهینامه به روز تبادل اطلاعات در نظام ارجاع برای سامانه اطلاعات بیمارستان ❖ امکان دریافت اطلاعات از سطح یک درمان ❖ اخذ گواهینامه اتصال به میان افزار نوبت دهی نظام ارجاع برای سامانه نوبت دهی بیمارستان ❖ امکان گزارش گیری از فهرست بیماران مراجعه کننده به درمانگاه بیمارستان دارای کد نظام ارجاع معتبر 	
<p>سامانه اطلاعات بیمارستان باپستی دارای گواهینامه به روز تبادل اطلاعات در نظام ارجاع باشد و امکان دریافت اطلاعات از سطح یک درمان برقرار باشد. - سامانه نوبت دهی بیمارستان دارای گواهینامه اتصال به میان افزار نوبت دهی نظام ارجاع بوده و امکان اخذ نوبت از سطح یک درمان فراهم است. همچنین امکان گزارش گیری از فهرست بیماران مراجعه کننده به درمانگاه بیمارستان که دارای کد نظام ارجاع معتبر فراهم است. همه این موارد نیز در کارنامه سامانه اطلاعاتی بیمارستانی مندرج در پشت گواهینامه مطابقت با استانداردهای پرونده الکترونیک سلامت قابل احصاء است.</p>	
الف-۵-۶-۲ مراحل پیاده سازی برنامه استحقاق سنجی الکترونیک در بیمارستان، مطابق ضوابط مربوط برنامه ریزی شده و اجرا می شوند.	سطح یک
<ul style="list-style-type: none"> ❖ امکان استحقاق سنجی بیمه ها در مراجعه های بستری و سرپایی بیماران ❖ فعال بودن سرویس استعلام هویت بیمار ❖ درج HID به همراه بارکد بر روی فرم های پرونده بیمار ❖ امکان گزارش گیری از تعداد کدهای استحقاق درمان صادر شده یا زرو شده برای بیماران در سامانه اطلاعات بیمارستان در شش ماه گذشته <p>این موارد در کارنامه سامانه اطلاعاتی بیمارستانی مندرج در پشت گواهینامه قابل احصاء است.</p>	
الف-۵-۶-۳ * مراحل پیاده سازی برنامه نسخه نویسی الکترونیک در بیمارستان، مطابق ضوابط مربوط برنامه ریزی شده و اجرا می شوند.	سطح یک
<ul style="list-style-type: none"> ❖ اخذ گواهینامه به روز و معتبر تبادل اطلاعات در نظام ارجاع برای سامانه اطلاعات بیمارستان دارای ❖ امکان دریافت اطلاعات از سطح یک درمان ❖ وجود تجهیزات سخت افزاری ثبت اطلاعات برای کارکنان بالینی ❖ آگاهی کاربران در خصوص نرم افزارها و استفاده از سخت افزارهای ثبت اطلاعات بیماران ❖ ثبت اطلاعات مراقبت و درمان بیماران به صورت الکترونیکی <p>این موارد در کارنامه سامانه اطلاعاتی بیمارستانی مندرج در پشت گواهینامه قابل احصاء است.</p>	
الف-۵-۶-۴ مراحل پیاده سازی برنامه بازخورد الکترونیک بیماران در نظام ارجاع، مطابق ضوابط مربوط برنامه ریزی شده و اجرا می شوند.	سطح دو
<ul style="list-style-type: none"> ❖ قابلیت ارسال بازخورد الکترونیک خدمات انجام شده در بیمارستان به سطح یک درمان در سامانه اطلاعات بیمارستان ❖ امکان گزارش گیری از تعداد بیماران دارای کد ارجاعی ویزیت شده توسط متخصصین دارای شرح ویزیت/ اقدامات تشخیصی، درمانی در زیر سامانه درمانگاه <p>این موارد در کارنامه سامانه اطلاعاتی بیمارستانی مندرج در پشت گواهینامه قابل احصاء است.</p>	
الف-۵-۶-۵ فرایند الکترونیک نمودن فرم ها، ثبت و بایگانی خدمات در بیمارستان برنامه ریزی شده و اجرا می شود.	سطح سه
<ul style="list-style-type: none"> ❖ الکترونیک نمودن فرم های پرونده در سامانه اطلاعات بیمارستان ❖ نگهداری پرونده های پزشکی به صورت الکترونیکی و با اسکن پرونده کاغذی <p>پیاده سازی کامل این سنجه در شرایط ایده ال محتمل است و انتظار می رود روند الکترونیک نمودن خدمات آغاز و در مسیر توسعه ابعاد آن برنامه ریزی و انجام شود.</p>	

¹ Health Insurance ID



الف-۶ بهداشت محیط

سطح	الف-۶-۱ بیمارستان از رعایت اصول بهداشت محیط در تمام بخش‌ها / واحدها اطمینان حاصل می‌نماید.
سطح یک	الف-۶-۱-۱ * نظافت، شستشو و گندزدایی در تمام بخش‌ها / واحدها با رعایت اصول و شرایط بهداشت محیط برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ تدوین راهنمای گندزدایی مطابق دستورالعمل وزارت بهداشت ❖ تدوین دستورالعمل نظافت، شستشو و گندزدایی و لکه زدایی بخش‌ها/ واحدهای مختلف بیمارستان با توجه به شرایط اختصاصی آن‌ها ❖ آگاهی کارکنان مرتبط از محتویات راهنما/ دستورالعمل‌های مرتبط ❖ نظافت، شستشو و گندزدایی بخش‌ها/ واحدها بر اساس راهنما/ دستورالعمل‌های مرتبط <p>کتابچه/ مجموعه الکترونیک راهنمای گندزدایی شامل روش‌های فیزیکی و شیمیایی و نحوه استفاده از مواد گندزدا مطابق دستورالعمل وزارت بهداشت تدوین و به روز رسانی شود. دستورالعمل نظافت، شستشو و گندزدایی و لکه زدایی محیط‌های اتاق‌های عمل، بخش‌های ایزوله عفونی، بستری بیماران نقص ایمنی و پیوند، بخش‌های ویژه بزرگسالان و نوزادان، آزمایشگاه آمیولاس، سردخانه متوفیان، بخش‌های بستری، تحت نظر و واحدهای پشتیبانی توسط کمیته بهداشت محیط و با همکاری کمیته کنترل عفونت و تمامی صاحبان فرآیند از جمله سرپرستار اتاق عمل، کارشناس بهداشت محیط و کارشناس کنترل عفونت و سایر افراد به تشخیص بیمارستان تدوین می‌شود. اطلاع رسانی و آموزش کارکنان خدماتی با توجه به سطح سواد آن‌ها لازم است. آموزش به صورت چهره به چهره باشد و فایل الکترونیکی دستورالعمل در اختیار سرشنیفت‌های خدماتی قرار گیرد. امکانات و تسهیلات لازم برای نظافت بخش‌ها/ واحدها و فضاهای عمومی از قبیل مواد گندزدایی مجاز و دارای مجوز از سازمان غذا و دارو تامین شود. از ذکر نام‌های تجاری محلول‌های گندزدا در دستورالعمل خودداری شود. برجسب گذاری محلول‌های گندزدایی مصرفی در قالب مصوبات کمیته مربوطه، برجسب گذاری محلول‌های گندزدایی بر اساس دستورالعمل نحوه طبقه بندی و برجسب گذاری مواد شیمیایی انجام می‌گیرد.</p> <p>برجسب مشخصات ماده شیمیایی خطرناک شامل هشدارهای لازم برای حفاظت کارکنان به منظور اطمینان از در دسترس بودن اطلاعات لازم در زمینه خطرات فیزیکی و اثرات سمی و زیست محیطی مواد به منظور ارتقاء سلامت انسان و محیط است.</p> <p>نظافت اتاق بیمار شامل حداقل شستشوی روزانه و گندزدایی کف، نظافت پنجره‌ها، تر و دیوار، سقف و بردها است. لوازم مصرفی اتاق بیمار از قبیل ملحفه‌ها، تشک، پتو و بالش و روتختی‌ها بااستی بطور مرتب و حداقل روزی یکبار تعویض گردد. به نحوی که همواره سالم، تمیز و عاری از آلودگی باشند. در صورت وجود منابع لازم، توصیه می‌شود از ماشین‌های نظافت خودکار استفاده شود.</p>
سطح یک	الف-۶-۱-۲ ساختار فیزیکی از جمله کف، دیوار، سقف، درب و پنجره‌های بیمارستان مطابق ضوابط بهداشتی است.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ مطابقت کف بخش‌ها/ واحدها با ضوابط بهداشتی ابلاغی وزارت بهداشت¹ ❖ مطابقت دیوارهای بخش‌ها/ واحدها با ضوابط بهداشتی ابلاغی وزارت بهداشت ❖ مطابقت سقف‌های بخش‌ها/ واحدها با ضوابط بهداشتی ابلاغی وزارت بهداشت ❖ مطابقت درب‌های بخش‌ها/ واحدها با ضوابط بهداشتی ابلاغی وزارت بهداشت ❖ مطابقت پنجره‌های بخش‌ها/ واحدها با ضوابط بهداشتی ابلاغی وزارت بهداشت <p>کف تمامی بخش‌ها/ واحدها سالم، بادوام، قابل شستشو، غیر قابل نفوذ به آب و بدون ترک خوردگی باشد. دیوارها سالم، فاقد شکستگی و ترک خوردگی، تمیز، روشن، قابل شستشو و گندزدایی، بدون خلل و فرج، تا ارتفاع حداقل ۱/۸ متر از کف از جنس مقاوم و صیقلی باشد. اتاق تزریقات و بانسمان، احیاء قلبی ریوی^۲، جراحی سرپایی، سرویس‌های بهداشتی، اتاق کار کثیف، فضاهای تمیز و استریل (آشپزخانه، آیدارخانه، اتاق عمل، رختشویخانه و ...) تا زیر سقف سنگ یا کاشی باشد. سقف تمامی بخش‌ها/ واحدها سالم، فاقد شکستگی و ترک خوردگی، تمیز و به رنگ روشن باشد. درب‌های تمام بخش‌ها / واحدها سالم بوده و در سرویس‌های بهداشتی اتاق بیماران به سمت خارج باز شود. تمامی پنجره‌های بازشو به توری سالم، ضدتگ، مجهز بوده و پنجره‌های مشرف به خیابان و محل‌های پرسرو صدا دوجداره باشند، چارچوب پنجره‌ها سالم بوده و نظافت عمومی پنجره‌ها رعایت شود.</p>

¹ ساختارهای فیزیکی کف، دیوار، سقف، درب و پنجره‌های تمام بخش‌ها / واحدهای بیمارستان مطابق با الزامات و ضوابط فصل هشتم این نامه تعیین و بهره‌برداری بیمارستان و چک لیست وضعیت بهداشت باشد.

² CPR



سطح یک	الف-۱-۶-۳ امکانات و سرویس‌های بهداشتی مطابق الزامات مربوط در دسترس کارکنان، بیماران، همراهان و مراجعین است.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ وجود سرویس‌های بهداشتی در دسترس، متناسب با تعداد مراجعین/بیماران و کارکنان برای زنان و مردان به صورت مجزا ❖ سالم بودن ساختار فیزیکی سرویس‌های بهداشتی ❖ فراهم بودن امکانات بهداشتی (توالت و حمام) در هر سرویس
	<p>در اتاق‌های خصوصی یک سرویس در هر اتاق، در اتاق‌های عمومی یک سرویس به ازای هر ۸ بیمار، برای کارکنان به ازای هر ۳۰ نفر یک دستگاه توالت برای مردان و یک دستگاه توالت برای زنان به صورت مجزا در نظر گرفته شود. سرویس‌های بهداشتی دارای کاسه توالت سالم و بدون ترک خوردگی به رنگ روشن دارای فلاش تانک، تهویه مناسب و روشنایی مناسب باشند، دستگیره حمایتی و فضای فیزیکی مناسب در سرویس‌های بهداشتی حداقل ابعاد ۲ متر در ۲ متر برای استفاده با ویلچر، فضای خالی بدون مانع دایره‌ای شکل به قطر ۱۵۰ سانتیمتر برای چرخش ۱۸۰ درجه‌ی صندلی چرخدار، عدم وجود اختلاف ارتفاع در کف سرویس بهداشتی حتی در قسمت ورودی نسبت به کف طبقه، همچنین پیش بینی محلی برای آویز سرم، نصب توالت فرنگی برای بیماران، مراجعین کم توان و ناتوان کاسه توالت فرنگی به ارتفاع ۴۵ سانتیمتر از کف و با فاصله حداقل ۴۰ سانتی متر از روشویی و یا دیگر موانع مجاور (به جز دستگیره افقی)، وجود کاسه روشویی در فضایی با حداقل ابعاد ۹۰ در ۱۲۰ سانتیمتر تا امکان دسترسی از رو به رو را فراهم نماید ضروری است. حداقل فاصله‌ی لبه‌ی جانبی کاسه روشویی تا دیوار یا هر مانع دیگر، ۲۰ سانتیمتر است. ارتفاع مناسب لبه‌ی بالایی روشویی برای فرد نشسته روی ویلچر، ۸۵ سانتی متر فضای آزاد (بدون قرار گیری کابینت) با ارتفاع ۷۰ سانتی متر از کف تا زیر لبه‌ی کاسه‌ی روشویی برای فرار گرفتن زانو است. عمق این فضا در قسمت زانو ۲۰ سانتیمتر و در قسمت نوک پا، ۴۵ سانتیمتر باشد. امکانات بهداشتی حداقل شامل مایون مایع، تجهیزات خشک کردن دست‌ها و دستمال کاغذی، ترجیحاً رولی و سطل درب دار بدلی است. امکان باز نمودن درب توالت/حمام از بیرون بایستی در اتاق بیماران پیش بینی شده باشد.</p>
سطح یک	الف-۱-۶-۴ کارکنان مشمول آموزش‌های بهداشتی برابر ضوابط مربوط، گواهینامه آموزشی بهداشت معتبر اخذ نموده‌اند.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ وجود گواهینامه معتبر پایان دوره آموزشی بهداشت اصناف برای کارکنان تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی و مدیریت پسماند ❖ وجود گواهینامه دوره ویژه پسماند برای کارکنان خدمات مرتبط با پسماند ❖ عدم بکارگیری کارکنان پسماند در مراحل تهیه، توزیع، طبخ، سرو و فروش مواد غذایی در فرایند مدیریت پسماند و بالعکس <p>اخذ گواهینامه بر اساس دستورالعمل‌ها و قوانین بوده، از نظر زمان و مرجع صادر کننده معتبر می باشد. تصویر گواهینامه دوره آموزشی بهداشت اصناف در واحدهای تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی و مدیریت پسماند نصب شده است.</p>
سطح یک	الف-۱-۶-۵ کنترل حشرات و جانوران موذی با اولویت استفاده از روش‌های تلفیقی و لحاظ نکات بهداشتی و ایمنی برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ وجود برنامه مدون برای کنترل حشرات و جانوران موذی با استفاده از روش‌های تلفیقی ❖ اولویت بخشی به استفاده از روش تلفیقی با هدف کنترل طولانی مدت نسبت به روش‌های شیمیایی <p>استفاده از روش‌های تلفیقی با هدف کنترل طولانی مدت، نه از بین بردن موقت حشرات و جانوران موذی صورت می‌پذیرد. روش‌های تلفیقی از قبیل بهسازی محیط، کنترل فیزیکی، ایجاد موانع در راه‌های ورود کنترل حشرات و جانوران، استفاده از مصالح مناسب، ترمیم شکاف دیوار، کف و سقف است. برنامه کنترل با تاکید و اولویت بر بخش‌ها و واحدهایی از قبیل آشپزخانه، زخمشویخانه، نشترلیزاسیون مرکزی، اتاق عمل، انبارها، محل انجام فعالیت‌های ساختمانی، سرویس‌های بهداشتی و حمام تدوین شود. در صورت استفاده از روش‌های شیمیایی و ضرورت سم پاشی، بایستی اطلاعات فرمولاسیون سموم مورد استفاده، نوع ماده موثر و غلظت مورد نیاز، مصرف، نحوه کاربرد، پایداری هر یک از سموم مورد استفاده مشخص شده و دستورالعمل اقدامات احتیاطی لازم در مواجهه یا سموم مورد استفاده در بیمارستان بر اساس کتاب کنترل ناقلین بیماری‌ها و عوامل محیطی مرتبط با آن‌ها و ضوابط شرکت‌های خدماتی مبارزه با حشرات و جانوران موذی در اماکن عمومی و خانگی، تهیه و در دسترس کارکنان مرتبط قرار گیرد.</p>



سطح یک	<p>الف-۱-۶-۶ * در تمام بخش‌ها و واحدهای بیمارستان سامانه‌های تهویه مطابق ضوابط مربوط و با رعایت اصول بهداشتی به کار گرفته می‌شوند.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ انطباق سامانه‌های تهویه در بخش‌ها/واحدهای مختلف با الزامات بهداشتی مربوط ❖ وجود برنامه مدون برای ارزیابی تهویه در بخش‌ها/واحدها ❖ برنامه‌ریزی و انجام اقدامات اصلاحی مؤثر بر اساس نتایج ارزیابی تهویه در بیمارستان
	<p>ارزیابی تهویه در بخش‌ها/واحدها براساس چک لیست بازرسی بهداشتی از نگهداری سیستم تهویه، برنامه‌ریزی و انجام شود. در صورت وجود اتاق ایزوله تنفسی، فشار منفی برقرار باشد. گردش/تغییر هوای اتاق ایزوله تنفسی بیش و یا مساوی ۱۲ بار در ساعت باشد. بالای درب ورودی، دستگاه فشارسنج نصب باشد. تغییرات فشار داخل اتاق موجب فعال شدن آلام و اطلاع مسیول بخش شود. در صورت وجود اتاق ایزوله حفاظتی فشار مثبت برقرار باشد. گردش/تغییر هوای اتاق ایزوله حفاظتی بیش و یا مساوی ۱۲ بار در ساعت صورت می‌گیرد. حفاظتی بالای درب ورودی، دستگاه فشارسنج نصب شده باشد و در صورت وجود اتاق ایزوله حفاظتی تغییرات فشار داخل اتاق موجب فعال شدن آلام و اطلاع به مسئول بخش شود. هوای ورودی اتاق عمل از طریق دمنده‌های واجد فیلتر هپا که به صورت مربع شکل در سقف اتاق عمل و بالای تخت عمل واقع گردیده‌اند، به صورت جریان تیفه‌ای تامین شود. گردش/تغییر هوای اتاق/اتاق‌های عمل بیش مساوی ۲۰ بار در ساعت صورت پذیرد. نهمانه خروجی مکش اتاق/اتاق‌های عمل مستقیم به خارج باز نشود. گردش/تغییر هوای اتاق تریاژ بیش و یا مساوی ۱۲ بار در ساعت صورت پذیرد. همچنین فشار فضا/تاق تریاژ منفی است. گردش/تغییر هوای فضای انتظار بخش اورژانس و درمانگاه بیمارستان بیش و یا مساوی ۱۲ بار در ساعت صورت پذیرد. فشار هوای کربن‌دی‌اکسید عمومی بیمارستان منفی است. فشار هوای داروخانه مثبت است. گردش/تغییر هوای داروخانه اتاق دارو بیش و یا مساوی ۴ بار در ساعت صورت پذیرد. فشار هوای آزمایشگاه منفی است. در واحد استریلیزاسیون مرکزی فشار هوای فضای استریل مثبت است. گردش/تغییر هوای فضای واحد استریلیزاسیون مرکزی بیش و یا مساوی ۱۰ بار در ساعت صورت پذیرد و جریان هوا از فضای استریل به سمت فضای تمیز و کثیف برقرار باشد. تمیز کردن دریچه خروجی به منظور پیشگیری از انسداد و شتاب منفی جریان هوا و بازرسی چشمی فیلتر به منظور تایید درزگیری مناسب و عدم وجود سوراخ انجام شود. فیلترها به شکل مناسب نصب شده باشند و سیستم مورد استفاده میزان جریان تهویه مورد نیاز برای هر اتاقی را فراهم نماید. دسترسی به سیستم تهویه ایمن و آسان باشد. دستگاه تامین کننده هوا دارای حداقل استانداردها بوده و حاوی ماده یا اجزایی باشد که باعث تقویت رشد میکروارگانیسم‌ها نشود. برای جلوگیری از ورود حشرات موزی در داخل کاتال ورودی و خروجی از یک مش یا منافذ ۶ الی ۱۲ میلی متر استفاده شود. فیلترها به طور مطمئن نصب شده و به گونه‌ای در قاب خود قرار گیرند که منافذ هرگونه ترز و شکافی باشد و از هرگونه جریان جانبی نیز جلوگیری شود. همچنین محل نصب فیلتر به گونه‌ای باشد که دسترسی آسان به فیلتر برای پاکسازی حذف یا جایگزینی آن فراهم باشد. بخش‌هایی که فیلتر هپا دارند قابل تعویض بوده و فاقد هرگونه ترز باشند. همچنین فیلترهای هپا بر اساس کاتالوگ‌های سازنده تعویض شود. واحدهای تامین هوا از دسترسی‌های غیر مجاز محافظت شود. واحدهای تامین هوا بر روی پشت بام مسیر دسترسی دائمی و ایمن داشته باشند. تمامی اجزا واحدهای تامین هوا برای بازرسی روزانه به آسانی قابل دسترسی باشند. بر اساس راهنمای تهویه در بیمارستان، بلافاصله وزارت بهداشت ارزیابی‌های تهویه بخش‌ها/واحدها انجام شود و گزارش آن به کمیته مرتبط ارائه شده و در صورت لزوم اقدام اصلاحی/برنامه بهبود تدوین و اجرا شود و مسئول بهداشت محیط بیمارستان بر اجرای آن نظارت نماید.</p>
سطح دو	<p>الف-۱-۶-۷ وضعیت بهداشت محیط بیمارستان به صورت دورهای ارزیابی شده و اقدامات اصلاحی/برنامه بهبود تدوین و بر اساس آن عمل می‌شود.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ وجود برنامه مدون برای ارزیابی وضعیت بهداشتی بخش‌ها/واحدهای بیمارستان ❖ برنامه‌ریزی و انجام اقدامات اصلاحی مؤثر بر اساس نتایج ارزیابی وضعیت بهداشتی در بیمارستان <p>وضعیت بهداشت محیط بخش‌ها/واحدهای بیمارستان به صورت مدون و منظم و در فواصل زمانی تعیین شده بر حسب نوع فعالیت در بخش‌ها/واحدهای مختلف بیمارستان با استفاده از چک لیست‌های مرتبط ارزیابی شود. ارزیابی با تجهیزات پرتابل مورد نیاز صورت گرفته و نتایج ترجیحا به صورت الکترونیک مستند شود. نتایج ارزیابی‌ها در کمیته مرتبط گزارش و در صورت نیاز اقدام اصلاحی/برنامه بهبود کیفیت تدوین و اجرا شود.</p>
سطح دو	<p>الف-۱-۶-۸ * بیمارستان برای کاهش آلاینده‌های ناشی از ساخت و ساز همزمان با ارائه خدمت، برنامه تعیین و مؤثر داشته و بر اساس آن عمل می‌نماید.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ اطلاع رسانی هماهنگی هرگونه ساخت و ساز به واحد بهداشت بیمارستان ❖ وجود برنامه مدون برای کاهش آلاینده‌های ناشی از ساخت و ساز همزمان با ارائه خدمت به مراجعین/بیماران ❖ کنترل هرگونه آلاینده ناشی از ساخت و ساز در بیمارستان <p>برای جلوگیری و کاهش مخاطرات و آلاینده‌های ناشی از ساخت و ساز در بیمارستان کارگران مربوطه قبل از شروع بکار، آموزش‌های لازم را دیده و توجه شوند. محل‌های ساخت و ساز، راه‌ها و درب‌های منتهی به ساخت و ساز مسدود شوند، محل‌های مذکور از طریق حصار کشی، تخلیه بخش و... تا حد امکان ایزوله شود. همچنین حدود زمان لازم برای اجرای هر پروژه تعیین شود. ترجیحا از موادی که تخلیه ساختمانی کمتری تولید می‌کند استفاده شود و نخاله‌های ساختمانی در حداقل زمان ممکن به خارج از بیمارستان انتقال یابند، روش‌های جلوگیری از تولید گرد و خاک بکار گرفته شود. با هدف کنترل عوامل آلاینده‌های ناشی از ساخت و ساز لازم است مسئول بهداشت محیط بر فعالیت‌های پیمانکاران و سازندگان نظارت داشته باشد.</p>



سطح دو	الف-۱-۶-۹ قانون ممنوعیت استعمال دخانیات در اماکن عمومی و ضوابط مرتبط آن در بیمارستان رعایت می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ اطلاع رسانی ممنوعیت استعمال دخانیات در تمامی بخش‌ها، واحدها، راهروهای بیمارستان ❖ نظارت میدانی بر رعایت قانون ممنوعیت استعمال دخانیات و انجام اقدامات اصلاحی در موارد عدم انطباق <p>اطلاع رسانی ممنوعیت استعمال دخانیات با ابزار و تابلوها در تمامی بخش‌ها و واحدها و مکان‌های رفت و آمد مراجعین و بیماران در فضاهایی در معرض دید نصب شده است. رعایت ممنوعیت استعمال دخانیات در تمامی بخش‌ها، واحدها، راهروهای بیمارستان بر اساس ماده ۷ آیین نامه اجرایی قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات مصوب شورای اسلامی مورخ ۱۳۸۵/۰۶/۱۵ رعایت می‌شود. در بیمارستان‌های روانپزشکی و بخش‌های روانپزشکی اتاق سیگار با امکانات و تجهیزات لازم شامل هواکش قوی، عدم وجود مواد اشتعال زا، وجود سیستم اطفای حریق، برای سیگار کشیدن بیماران این بخش اختصاص داده شود.</p>
سطح سه	الف-۱-۶-۱۰ عملکرد بیمارستان نشان دهنده تحقق اهداف بیمارستان بدون دخانیات است.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ اطلاع رسانی ممنوعیت استعمال دخانیات در تمامی بخش‌ها، واحدها، راهروهای بیمارستان ❖ تعیین تمامی الزامات ساختاری بیمارستان بدون دخانیات ❖ اخذ تاییدیه برای بیمارستان بدون دخانیات از مراجع ذیربط ❖ عدم استعمال دخانیات در تمامی بخش‌ها، واحدها، راهروهای بیمارستان توسط مراجعین/بیماران و کارکنان <p>نظارت میدانی بر رعایت قانون ممنوعیت استعمال دخانیات و انجام اقدامات اصلاحی در موارد عدم انطباق لازم است. اما بیمارستان بدون دخانیات بایستی تمامی قوانین مرتبط با این اعتبار مهم را پیاده سازی نموده و از مراجع ذیربط گواهی نامه بیمارستان بدون دخانیات دریافت نماید.</p> <p>✓ در صورت اخذ این گواهی تعدادی از استانداردهای ارتقای سلامت کارکنان و بیماران و محیط زیست نیز مثبت ارزیابی خواهد شد.</p>
سطح	الف-۶-۲ مراحل تهیه، آماده سازی، طبخ، توزیع و سرو غذا با رعایت اصول بهداشتی انجام می‌شود.
سطح یک	الف-۶-۲-۱ مواد غذایی مجاز، از مراکز معتبر با رعایت اصول بهداشتی تهیه و مطابق ضوابط بهداشتی به بیمارستان حمل می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ استفاده از مواد اولیه غذایی سالم و بهداشتی ❖ دارا بودن پروانه ساخت و شناسه نظارت از وزارت بهداشت برای مواد اولیه غذایی ❖ حمل و نقل مواد اولیه غذایی با رعایت اصول بهداشتی ❖ نظارت کارشناس مسئول بهداشت محیط بر تهیه مواد اولیه غذایی و انجام اقدامات اصلاحی در صورت لزوم <p>مواد اولیه غذایی که از نظر فیزیکی (درجه حرارت نامناسب)، شیمیایی (فلزات سنگین، کودهای شیمیایی و سموم کشاورزی) و میکروبی (باکتری‌ها و سموم آن‌ها) قارچ‌ها) مشکلی نداشته باشد، از مواد غذایی بسته بندی مجاز دارای اطلاعات نام محصول، ترکیبات، آدرس کارخانه یا کارگاه، شماره پروانه ساخت یا کد بهداشتی از وزارت بهداشت، تاریخ تولید و انقضا و محصولات واحدهای تولیدی دارای پروانه معتبر بهداشتی استفاده شود. سبزیجات و صیفی جات و میوه‌ها از مراکز تهیه و توزیع معتبر تهیه شود. مواد اولیه غذایی که مشمول دریافت پروانه ساخت و شناسه نظارت از وزارت بهداشت دارای پروانه ساخت و شناسه نظارت هستند، حمل و نقل مواد اولیه غذایی به وسیله وسایط نقلیه مخصوص حمل و نقل مواد غذایی دارای مجوز درج شده بر روی وسیله نقلیه به صورت برجسب مواد اولیه غذایی به وسیله وسایط نقلیه مخصوص حمل و نقل مواد غذایی دارای شماره مجوز درج شده بر روی وسیله نقلیه به صورت برجسب صادره از معاونت بهداشتی، مطابق آیین نامه اجرایی ابلاغی وزارت بهداشت حمل شوند. لازم است پروانه بهداشتی صادر شده از سوی معاونت بهداشتی و اعتبار پروانه بهداشتی بررسی شود. همچنین سازو کاری برای ثبت، نظارت و بررسی پروانه تمامی وسایط نقلیه مخصوص حمل و نقل مواد غذایی در تمام ساعات شبانه روز که به بیمارستان جهت بارگیری یا تخلیه بار مراجعه می‌کنند توسط بیمارستان تسهیل شده و در واحد بهداشت محیط وجود داشته باشد.</p> <p>☞ بلاک اجرایی این استاندارد قانون ماده ۱۳ مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی و آیین نامه اجرایی آن و دستورالعمل اجرایی بازرسی بهداشتی از مراکز تهیه، تولید، توزیع، نگهداری، حمل و نقل و فروش مواد خوردنی و آشامیدنی به شماره ۱۸۰۳۹۲۰۹ است.</p>



سطح یک	الف-۲-۶-۲ نحوه نگهداری و انبارش مواد اولیه غذایی در انبار و سردخانه به صورت ایمن و با رعایت اصول بهداشتی است.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ وجود انبار / سردخانه‌های اختصاصی برای نگهداری مواد غذایی با شرایط بهداشتی ❖ وجود مکانیسم‌های ایمن برای ورود و خروج به سردخانه‌ها ❖ نگهداری و انبارش مواد اولیه غذایی در انبار / سردخانه با رعایت اصول بهداشتی
	<p>در تمام یخچال‌ها و فریزرهای نگهداری مواد غذایی، دماسنج وجود داشته و روزانه درجه حرارت یخچال‌ها/ فریزرها و سردخانه‌های نگهداری مواد غذایی در دو نوبت صبح و عصر کنترل و ثبت شود. مکانیسم‌های ایمن و تمام خودکار برای ورود و خروج به یخچال‌ها و فریزرها و سردخانه‌ها وجود داشته و درب یخچال از خارج قفل نشود و داخل یخچال کلیدی جهت توقف سرد کننده باشد. مکانیسم عملکرد قفل در تمام سردخانه باید از داخل و خارج، قابل باز شدن باشند. تمام مواد و فرآورده‌های مواد غذایی بالاتر از سطح زمین و جدا از مواد شوینده نگهداری می‌شود، برای مواد غذایی پالت و قفسه بندی وجود دارد. مواد غذایی پخته و خام و مواد غذایی شسته شده و شسته نشده جدا از هم نگهداری شود. زنجیره سرد و گرم به تناسب مواد غذایی رعایت شده، مواد غذایی فاسد شدنی در یخچال و یا سردخانه قرار گیرد. مواد غذایی فاسد شدنی نباید بیش از دو ساعت در محدوده دمای بین ۵ تا ۶۰ درجه سلسیوس نگهداری شود و لازم است در دمای پایین‌تر از ۵ درجه و بالاتر از ۶۰ درجه سلسیوس در شرایط پخت نگهداری شود. برای نمونه و افزایش ایمنی، تجهیزات از قبیل سیستم هشدار (اعلام خطر/آژیر) نیز می‌تواند در سردخانه استفاده کرد.</p> <p>❖ مشخصات سردخانه مواد غذایی باید با استاندارد ملی شماره ۱۶-۱۸۹۹ "ایمن کار تاسیسات، تجهیزات فنی بهداشت و نگهداری سردخانه مواد غذایی"</p>
سطح یک	الف-۳-۲-۶-۳ انبار، سردخانه، محل آماده‌سازی، پخت، ظرفشویی در آشپزخانه چیدمان مناسب داشته و مسیر یک طرفه تمیز به کثیف رعایت می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ رعایت مسیرهای کثیف و تمیز در چیدمان ساختار و اجزای آشپزخانه ❖ رعایت مسیرهای کثیف و تمیز در چیدمان فرایندهای کاری آشپزخانه ❖ استفاده از امکانات و تسهیلات لازم برای جلوگیری از انتقال آلودگی در مسیرهای آشپزخانه ❖ محدودیت تردد و ممنوعیت ورود افراد متفرقه به داخل آشپزخانه <p>برای جلوگیری از انتقال آلودگی توالی استقرار فضای انبار، سردخانه، محل آماده سازی، محل پخت، محل توزیع و ظرفشویی به نحوی است که مسیر یک طرفه تمیز به کثیف رعایت می‌شود. از امکانات و تسهیلات لازم برای جلوگیری از انتقال آلودگی از کفش‌ها از قبیل وجود خط قرمز، کفش مخصوص آشپزخانه، جا کفشی، در ابتدای ورودی به واحدهایی نظیر محل طبخ و سرد خانه در ابتدای ورودی به واحدهایی نظیر محل طبخ و سردخانه مواد غذایی استفاده می‌شود. محدودیت تردد برنامه‌ریزی شده و از ورود افراد متفرقه به داخل آشپزخانه جلوگیری شود.</p>
سطح یک	الف-۴-۲-۶-۴ مراحل آماده‌سازی طبخ غذا با رعایت اصول بهداشتی و تحت نظارت کارشناس بهداشت محیط صورت می‌پذیرد.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ وجود ابزار، لوازم و ظروف دارای شرایط بهداشتی متناسب با فعالیت آشپزخانه ❖ آماده سازی، طبخ مواد غذایی با رعایت اصول بهداشتی <p>ابزار، لوازم و ظروف سالم بدون شکستگی، رنگ زدگی و دارای جنس مورد تایید وزارت بهداشت، مطابق با مواد ۲۵ الی ۲۸ و سایر بندهای مرتبط در دستورالعمل اجرایی بازرسی بهداشت از مراکز تهیه، تولید، توزیع و نگهداری، حمل و نقل و فروش مواد خوردنی و آشامیدنی باشد. میوه و سبزیجات خام مصرفی بایستی مطابق دستورالعمل سالم سازی سبزیجات آماده مصرف شوند. سالم سازی میوه و سبزیجات در چهار مرحله شامل شستشو، انگل زدایی، گندزدایی و شستشوی نهایی با آب است. برای این منظور تجهیزات و مواد لازم در آشپزخانه موجود باشد. طبخ غذا در فضای مجزا از محل آماده‌سازی صورت پذیرد. آماده‌سازی مواد مصرفی جهت تهیه غذا مطابق دستورالعمل‌های ایلامی وزارت بهداشت انجام شود. آماده‌سازی مواد غذایی شامل یخ زدایی مواد پروتئینی، سرد کردن و گرم کردن مواد غذایی آماده مصرف به صورت بهداشتی است. برای این منظور تجهیزات مورد نیاز برای آماده‌سازی مواد مصرفی موجود باشد.</p>

¹ دسترسی به دستورالعمل‌های مرتبط با بهداشت به سایت‌های مرکز سلامت محیط و کار به نشانی markazsalamat.behdasht.gov.ir یا معاونت‌های بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی



سطح یک	الف-۶-۲-۵ توزیع و سرو غذا در بیمارستان با رعایت اصول بهداشتی و حفظ زنجیره سرد و گرم برنامه‌ریزی می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ تدوین دستورالعمل "نحوه حفظ زنجیره سرد و گرم با رعایت اصول بهداشتی در مراحل توزیع و سرو غذا" با حداقل‌های مورد انتظار ❖ آگاهی کارکنان مرتبط در زمینه دستورالعمل ❖ توزیع و سرو غذا رعایت اصول بهداشتی و حفظ زنجیره سرد و گرم
	<p>حمل و نقل و سرو غذا بر بالین بیماران با رعایت شرایط بهداشتی استفاده از ظروف یک بار مصرف برای سرو غذای بیماران اتاق‌های پژوهش، واحدهای عفونی و بخش‌های ویژه و اورژانس الزامی است. در مورد سایر بیماران با تشخیص بیمارستان است. ظروف و وسایل یکبار مصرف سالم، تمیز، عاری از رگه و سوراخ ریز ذرات یا اجسام خارجی، خراش، پارگی، جمع شدگی، لبه‌های تیز، بو و حیاب باشد و دارای پروانه ساخت یا پروانه ورود به کشور معتبر باشد. متناسب با نوع پروانه برای مواد غذایی سرد یا گرم بوده و در داخل کیسه‌های تمیز و مستحکم و در بسته و به دور از نور مستقیم غورشید نگهداری می‌شود. بیمارستان از تالی‌های گرم خانه دار مخصوص توزیع غذا یا آسانسورهای مخصوص حمل مستقیم غذا از آشپزخانه به داخل بخش‌ها برخوردار باشد. کنترل تصادفی و دقیق درجه حرارت غذا به روشی بهداشتی توسط مسئول واحد بهداشت محیط برنامه‌ریزی و انجام شود. شرایط برای تامین زنجیره گرم و رسیدن به دمای بالای ۶۰ درجه سلسیوس از مرحله تولید تا زمانی که مواد خوردنی و آشامیدنی به دست مصرف کننده می‌رسد، فراهم شود. اقدامات و تجهیزات لازم برای تامین زنجیره سرد و رسیدن به دمای پایین تر از ۵ درجه سلسیوس از مرحله تولید تا زمانی که مواد خوردنی و آشامیدنی به دست مصرف کننده می‌رسد، فراهم شود. استفاده از آسانسور مخصوص حمل غذا در بیمارستان برای تامین زنجیره گرم توصیه می‌شود.</p>
سطح یک	الف-۶-۲-۶ صلاحیت بهداشتی کارکنان در واحدهای مرتبط با مواد غذایی ارزیابی و احراز می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ دریافت کارت معاینه پزشکی معتبر برای کارکنان تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی ❖ عدم بکارگیری کارکنان شاغل در مراحل مختلف مدیریت پسماند در فرایندهای تهیه مواد غذایی، طبخ، توزیع و سرو غذا <p>کارت معاینه پزشکی دارای اعتبار از نظر زمان و مرجع صادر کننده برای کارکنانی که در تهیه، توزیع و فروش مواد غذایی در بیمارستان فعالیت دارند، دریافت شده است و تصویر آن در محل آن‌ها نصب شده باشد. در تمامی مراحل تهیه و توزیع مواد غذایی کارکنان پسماند بکارگیری نمی‌شوند. و کارکنان فعال در مراحل تهیه توزیع مواد غذایی نیز در فرایند مدیریت پسماند هیچگونه دخالتی نداشته باشند.</p>
سطح دو	الف-۶-۲-۷ آبدارخانه بخش‌ها و واحدهای مختلف بیمارستان دارای شرایط بهداشتی و ایمن است.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ شرایط بهداشتی آبدارخانه بخش‌ها و واحدهای مختلف مطابق آیین نامه و ضوابط ابلاغی وزارت بهداشت ❖ اطمینان از رعایت اصول ایمنی برای کارکنان و مراجعین استفاده کننده از امکانات آبدارخانه <p>نظافت و نگهداری آبدارخانه با رعایت اصول بهداشتی و ایمنی بایستی داری تولید و نظارت مستمر باشد. رعایت اصول ایمنی از جمله پیشگیری از سوختگی، برق گرفتگی و سایر حوادث احتمالی بایستی کنترل شوند.</p>
سطح دو	الف-۶-۲-۸ سالن‌های غذا خوری و محل سرو غذا مطابق ضوابط مربوط است.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ مطابقت شرایط فیزیکی و محیطی سالن‌های غذاخوری و محل سرو غذا با شرایط بهداشتی ❖ رعایت اصول بهداشتی در مراحل سرو غذا <p>شرایط فیزیکی و محیطی از قبیل کف، دیوار، سقف، سیستم تهویه، نور، پنجره و شرایط محیطی از قبیل دما رطوبت و نور و تهویه مطابق با دستورالعمل‌های مرتبط باشد. جهت دسترسی به دستورالعمل‌های مرتبط با بهداشت به سایت مرکز سلامت محیط و کار به نشانی markazsalamat.behdasht.gov.ir یا معاونت‌های بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی مراجعه شود.</p>
سطح دو	الف-۶-۲-۹ محل فروش مواد غذایی یا بوفه بیمارستان مطابق با ضوابط بهداشتی مربوط است.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ محل / مکان و ساختار فیزیکی فروش مواد غذایی یا بوفه در داخل بیمارستان مطابق آیین نامه اجرایی ابلاغی وزارت بهداشت ❖ ارائه مواد غذایی و کالاهای مجاز مطابق ضوابط مربوط <p>جهت دسترسی به دستورالعمل‌های مرتبط با بهداشت به سایت مرکز سلامت محیط و کار به نشانی markazsalamat.behdasht.gov.ir یا معاونت‌های بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی مراجعه شود.</p>



سطح	الف-۶-۳ مدیریت آب و فاضلاب بیمارستان بر اساس استانداردهای ملی و ضوابط بهداشتی مربوط صورت می‌پذیرد.
سطح یک	الف-۶-۳-۱ کیفیت فیزیکی، شیمیایی و بیولوژیکی آب مصرفی و ذخیره بیمارستان مطابق استانداردهای ملی و بهداشتی است.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ کیفیت فیزیکی آب مصرفی و ذخیره بیمارستان مطابق استانداردهای ملی و بهداشتی است. ❖ کیفیت شیمیایی آب مصرفی و ذخیره بیمارستان مطابق استانداردهای ملی و بهداشتی است. ❖ کیفیت بیولوژیکی آب مصرفی و ذخیره بیمارستان مطابق استانداردهای ملی و بهداشتی است.
	<p>متغیرهای فیزیکی شامل جامدات معلق، کدورت، طعم، بو و درجه حرارت خصوصیتی هستند که بوسیله حواس بینایی، لامسه، چشایی و بویایی قابل تشخیص است. مخزن اختصاصی آب با گردش دائم و ذخیره آب مورد نیاز بیمارستان حداقل برای ۲۴ ساعت وجود داشته و آزمایشات لازم با تناوب زمانی تعیین شده انجام شود. کیت کلرسنج و معرف‌های مورد تایید وزارت بهداشت با تاریخ مصرف معتبر برای انجام کلر سنجی حداقل در سه نقطه به صورت روزانه و متناوب، همچنین کلرسنجی روزانه کلر آزاد باقیمانده آب مخزن ذخیره برنامه‌ریزی و انجام شود. نتایج کلرسنجی بایستی با استاندارد مطابقت داشته و در صورت عدم تطابق نتایج با استاندارد ملی ۱۰۵۴ حتی در یک مورد، پیگیری و اقدام اصلاحی انجام شود. نمونه‌برداری آزمایشات شیمیایی حداقل هر شش ماه یک بار انجام و سوابق آزمایشات شیمیایی آب شش ماهه موجود باشد. برای نمونه‌برداری شیمیایی از دستورالعمل تواتر نمونه‌برداری برای آزمون‌های شیمیایی در شبکه توزیع آب آشامیدنی اعلام شده از سوی معاونت بهداشت استفاده شود و حداقل دو بار در سال ارزیابی کیفیت شیمیایی آزمایش شود. نمونه‌برداری آزمایشات میکروبی حداقل در هر ماه یک بار انجام شود و سوابق آزمایشات میکروبی برای تمامی ماه‌های سال موجود باشد. بر اساس استاندارد شماره ۴۲۰۸ تحت عنوان "کیفیت آب-نمونه برداری از آب برای آزمون‌های میکروبی" حداقل تعداد نمونه برای آزمون باکتری‌های نشانگر آلودگی مدفوعی برای جمعیت کمتر از ۵۰۰۰ نفر ۱۲ نمونه در سال در نظر گرفته شده است. سوابق حداقل ۱۲ نمونه در سال وجود داشته باشد. تمامی نتایج انجام آزمایشات میکروبی و شیمیایی با استاندارد ملی ۱۰۱۱ و ۱۰۵۴ و ۴۲۰۷ مطابقت داشته و در صورت عدم تطابق نتایج آزمایشات میکروبی و شیمیایی با استاندارد، پیگیری و مداخلات اصلاحی صورت می‌گیرد. جهت دسترسی به دستورالعمل‌های مرتبط با بهداشت به سایت مرکز سلامت محیط و کار به نشانی markazsalamat.behdasht.gov.ir یا معاونت‌های بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی مراجعه شود.</p>
سطح یک	الف-۶-۳-۲ مدیریت فاضلاب بیمارستانی بر اساس ضوابط مربوط برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ تطابق عملکرد مدیریت فاضلاب بیمارستان با استانداردهای مرتبط ❖ تطابق نتایج آزمایشات خروجی فاضلاب بیمارستانی با استانداردهای مرتبط
	<p>وضعیت مدیریت فاضلاب بیمارستان و عملکرد کارکنان مرتبط با تفاهم نامه وزارت نیرو و وزارت بهداشت و راهنمای کشوری مدیریت فاضلاب بیمارستانی مطابقت داشته و طبق این تفاهم نامه بیمارستان دارای تصفیه خانه فعال فاضلاب، متناسب با تخت‌های بیمارستان می‌باشد یا در صورت وجود شبکه جمع آوری متصل به تصفیه خانه فعال و کارآمد فاضلاب شهری، به شبکه فوق متصل است. کارکنان مرتبط از مفاد تفاهم نامه مشترک وزارت نیرو و وزارت بهداشت و راهنمای کشوری مدیریت فاضلاب بیمارستانی از قبیل عدم تخلیه مواد شیمیایی خطرناک، داروهای خطرناک، داروهای رادیواکتیو در بیمارستان آگاهی دارند و رعایت می‌کنند. ۱. نتایج آزمایشات پساب خروجی فاضلاب بیمارستانی با استانداردهای سازمان حفاظت محیط زیست مطابقت داشته و در صورت عدم تطابق با استاندارد پیگیری و اقدامات اصلاحی صورت می‌گیرد. در صورت وجود تصفیه خانه، استاندارد خروجی و تواتر نمونه برداری فاضلاب بیمارستانی رعایت شود. در صورت اتصال به آگو، تصویر قرارداد یا مستندات اشتراک فاضلاب قابل ارائه و در دسترس باشد، سیستم جمع آوری، تصفیه و دفع فاضلاب به نحوی است که بدو و بد منظره نبوده و موجب جلب و تکثیر حشرات و حیوانات موذی نشود.</p>



سطح	الف-۶-۴ مدیریت پسماند بر اساس ضوابط و دستورالعمل‌های ابلاغی، برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.
سطح یک	الف-۶-۴-۱ ممنوعیت بازیافت پسماند پزشکی مطابق قانون مدیریت پسماند در بیمارستان رعایت می‌شود.
<ul style="list-style-type: none"> ❖ بیش بینی روش‌های مراقبت از پسماندهای پزشکی از مرحله تولید تا اتمام، بی خطر سازی و دفع در خصوص عدم ورود به فرایندهای بازیافت ❖ عدم بازیافت هر گونه پسماند پزشکی در بیمارستان <p>مقدمه و گام اول رعایت ممنوعیت بازیافت پسماند پزشکی وجود نظارت‌های دقیق و مستمر بر روند نگهداری، حمل و نقل، بی‌خطر سازی و دفع بهداشتی پسماندهای پزشکی توسط کارشناس بهداشت با مشارکت سایر مدیران و مسئولان است.</p>	
سطح یک	الف-۶-۴-۲ تفکیک در مبدأ و دفع پسماندهای عادی بر اساس ضوابط مربوط و کدبندی رنگی و برجسب گذاری اجرا می‌شود.
<ul style="list-style-type: none"> ❖ تفکیک در مبدأ پسماندهای عادی بر اساس ضوابط مربوط، کدبندی رنگی و برجسب گذاری ❖ دفع پسماندهای عادی بر اساس ضوابط بهداشتی ابلاغی وزارت بهداشت 	
<p>پسماندهای عادی، ناشی از کارکردهای خانه‌داری و مدیریت اجرایی مراکز است که شامل پسماندهای آشپزخانه، آبدارخانه، قسمت اداری مالی، ایستگاه‌های پرستاری، باغبانی و پسماندهای بی‌خطر شده است.</p> <p>امکانات و تسهیلات لازم جهت جمع آوری انواع پسماند عادی از قبیل سطوح آبی و کیسه‌های با رنگ بندی مشخصی، با رعایت اصول و الزامات "ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته" نامین شود. دفع پسماندهای عادی بر اساس قرارداد معتبر با شهرداری انجام شود. ویژگی‌های برجسب گذاری مطابق ماده ۳۳ ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته است. پسماندهای عادی در کیسه‌های پلاستیکی مقفوم و به رنگ مشکی با برجسب پسماند عادی جمع آوری می‌شود. در صورت مخلوط شدن پسماند عادی با یکی از پسماندهای عفونی، شیمیایی، رادیواکتیو و نظایر آن خارج کردن آن ممنوع بوده و پسماند غیر عادی محسوب می‌شود. در خصوص وضعیت پسماندهای ایستگاه پرستاری بخش دیالیز و اورژانس و قسمت اداری آزمایشگاه مانند سایر ایستگاه‌های پرستاری، در صورتیکه قرار دادن کیسه‌های پسماند عادی در ایستگاه‌های پرستاری باعث اختلال در فرآیند تفکیک نشود، پسماندهای تولید شده در این قسمت‌ها عادی و سایر پسماند بخش‌های فوق مطابق پسماند پزشکی ویژه مدیریت می‌شوند.</p> <p>❖ تفکیک در مبدأ پسماند عادی در بیمارستان با رعایت اصول و الزامات "ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته" و بر اساس دستور کار یکسان سازی و رفع ابهامات اجرای "ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته" به شماره ۳۰۶/۱۶۳۸۴ د مورخ ۹۴/۱۰/۰۷ و سایر بخشنامه‌های مرکز سلامت محیط و کار برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.</p>	
سطح یک	الف-۶-۴-۳ تفکیک در مبدأ و دفع پسماندهای عفونی بر اساس ضوابط مربوط و کدبندی رنگی و برجسب گذاری اجرا می‌شود.
<ul style="list-style-type: none"> ❖ تفکیک در مبدأ پسماندهای عفونی بر اساس ضوابط مربوط، کدبندی رنگی و برجسب گذاری ❖ دفع پسماندهای عفونی بر اساس ضوابط بهداشتی ابلاغی وزارت بهداشت 	
<p>پسماند عفونی حاوی عوامل زنده بیماری زا باکتری، ویروس، انگل و یا قارچ به مقدار و با کیفیتی که بتوانند در میزبان حساس موجب بیماری شوند است. پسماندهای عفونی در کیسه‌های پلاستیکی مقفوم و به رنگ زرد با برجسب پسماند عفونی جمع آوری و در سطل‌ها و یا کانتینرهای زرد رنگ نگهداری می‌شوند. ظروف نگهداری و ظروف جمع آوری پسماندهای عفونی کیسه و سطل زرد در اتاق بیماران، راهروها و سالن‌های عمومی به جز در بخش‌های مشخص شده در دستورالعمل یکسان سازی قرار نمی‌گیرند. پسماندهای اتاق‌های عمل، اتاق‌های ایزوله، بخش دیالیز، بخش اورژانس و آزمایشگاه، عفونی محسوب شده و در این بخش‌ها کیسه و سطل زرد استفاده می‌شود و از قرار دادن ظروف برای پسماندهای عادی خودداری شود. در بخش‌های درمانی- تشخیصی بیمارستان‌های سوانح سوختگی و بخش‌های سوختگی تمامی پسماندها عفونی محسوب می‌شوند. بی‌خطر سازی، تصفیه و دفع بهداشتی پسماندهای عفونی مطابق ضوابط ابلاغی توسط دستگاه بی‌خطر ساز فعال و با حجم متناسب مقدار پسماند عفونی و نیز برزنده تولیدی دارای مجوز معتبر از سازمان غذا و دارو انجام می‌شود.</p>	
<p>❖ تفکیک در مبدأ پسماند عفونی در بیمارستان با رعایت اصول و الزامات "ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته" و بر اساس دستور کار یکسان سازی و رفع ابهامات اجرای "ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته" به شماره ۳۰۶/۱۶۳۸۴ د مورخ ۹۴/۱۰/۰۷ و سایر بخشنامه‌های مرکز سلامت محیط و کار برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.</p>	



الف-۴-۶-۴	تفکیک در مبدا و دفع پسماندهای تیز و برنده، بر اساس ضوابط مربوط و کدبندی رنگی و برجسب گذاری اجرا می‌شود. سطح یک
<p>❖ تفکیک در مبدا پسماندهای تیز و برنده بر اساس ضوابط مربوط، کدبندی رنگی و برجسب گذاری</p> <p>❖ دفع پسماندهای تیز و برنده بر اساس ضوابط بهداشتی ابلاغی وزارت بهداشت</p>	
<p>اجسام تیز و برنده اقلامی هستند که می‌توانند موجب زخم، بریدگی یا سوراخ شدگی شوند این اجسام شامل سوزن‌ها، سوزن‌های زیرجلدی، نیجه جاقوی جراحی و دیگر تینه‌ها، چاقو، ست انفوزیون، اره‌ها، شیشه شکسته‌ها، لام و لامل و سایر اقلام شبیه‌های آزمایشگاه و ناخن بیماران و هر شینی برنده است. اجسام تیز و برنده ممکن است عفونی یا غیر عفونی باشند اما در هر دو شکل به عنوان پسماندهای به شدت تهدید کننده سلامتی به شمار می‌آیند.</p> <p>پسماندهای تیز و برنده در ظروف مستحکم و ایمن^۱ استاندارد زرد رنگ با درب قرمز رنگ و برجسب پسماند تیز و برنده دارای خطر زیستی جمع آوری می‌شوند. ظروف مستحکم و ایمن به آسانی سوراخ یا پاره نمی‌شود، درب آن به آسانی بسته و مهر و موم می‌گردد. دهانه ظرف باید به اندازه‌ای باشد که بتوان پسماند را بدون اعمال فشار دست، در ظروف انداخت و خارج کردن آن‌ها از ظرف ممکن نباشد، دیواره‌های ظرف نفوذ ناپذیر باشد و سیالات نتوانند از آن خارج شوند، پس از بستن درب، از عدم خروج مواد از آن اطمینان حاصل شود، حمل و نقل ظرف آسان و راحت باشد، به هیچ عنوان از کیسه‌های پلاستیکی برای جمع آوری و نگهداری پسماندهای تیز و برنده استفاده نشود و مطابق با ماده ۲۳ ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته جمع آوری شوند. ترالی‌ها به ظروف مستحکم و ایمن مجهز بوده و ظروف نگهداری پسماندهای تیز و برنده و ظروف جمع آوری پسماند تیز و برنده در اتاق بیماران، راهروها و سالن‌های عمومی به جز در بخش‌های مشخص شده در دستورالعمل یکسان سازی قرار نمی‌گیرند. همچنین نصب ظروف مستحکم و ایمن برای پسماندهای تیز و برنده در اتاق‌های بستری و تحت نظر مانند اورژانس، ممنوع است. امکانات مذکور در موارد لزوم به همراه ترالی به بالین بیمار آورده می‌شود. پسماندهای تیز و برنده این مکان‌ها در داخل ظروف مستحکم و ایمن که با ترالی توسط ارائه دهنده خدمت درمانی به اتاق آورده می‌شود، جمع آوری می‌شوند. در بخش‌های ویژه و اتاق ایزوله، اتاق خون‌گیری آزمایشگاه و اتاق عمل به جز بخش‌های دیالیز، مراقبت‌های ویژه قلب و مراقبت‌های ویژه کودکان، در یونیت هر بیمار می‌توان ظروف مستحکم و ایمن برای پسماندهای تیز و برنده در محل مناسب به صورت ثابت و فیکس شده مورد استفاده قرار داد. پس از پر شدن ۳/۴ ظروف مستحکم و ایمن جمع‌آوری و به محل تعیین شده برای ذخیره موقت پسماند حمل شده و سپس بی‌خطر سازی شوند. سوزن سرنگ نیابتی مجدداً درپوش گذاری^۲ شود و بایستی بدون هر گونه دستکاری داخل ظروف مستحکم و ایمن رها و جمع آوری شود. سوزن و سرنگ تماماً در ظروف مستحکم و ایمن جمع آوری شود. از جداسازی آن اجتناب گردد. در مورد سوزن و سرنگ آزمایش‌های تشخیصی طبی مطابق پروتکل اجرایی خود عمل نمایند. سوزن ست‌سرم، جدا شده و در ظروف مستحکم و ایمن قرار گیرد. مایقی ست سرم، باتل سرم به عنوان پسماند عفونی در نظر گرفته شده و مطابق پسماند عفونی مدیریت شوند.</p> <p>❖ تفکیک در مبدا پسماند تیز و برنده در بیمارستان با رعایت اصول و الزامات^۳ ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته^۴ و بر اساس دستور کار یکسان سازی و رفع ایمنیات اجرای^۵ "ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته" به شماره ۳۰۶/۱۶۳۸۴ د مورخ ۹۴/۱۰/۰۷ و سایر بخشنامه‌های مرکز سلامت محیط و کار برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.</p>	
الف-۴-۶-۵	تفکیک در مبدا و دفع پسماندهای شیمیایی و دارویی بر اساس ضوابط مربوط و کدبندی رنگی و برجسب گذاری اجرا می‌شود. سطح یک
<p>❖ تفکیک در مبدا پسماندهای شیمیایی و دارویی بر اساس ضوابط مربوط، کدبندی رنگی و برجسب گذاری</p> <p>❖ دفع پسماندهای شیمیایی و دارویی بر اساس ضوابط بهداشتی ابلاغی وزارت بهداشت</p>	
<p>پسماندهای دارویی شامل داروهای تاریخ گذشته یا غیر لازم اقلامی که حاوی دارو و یا اقلامی که به دارو آلوده شده‌اند مانند قوطی‌ها و شیشه‌های دارویی است که در صورت آزاد شدن در محیط برای محیط و انسان مضر خواهند بود. پسماندهای ژنوتوکسیک از جمله پسماندهای حاوی داروهای سایتوتوکسیک و سایر مواد شیمیایی با خصوصیات سمی برای زن‌ها هستند. پسماندهای دارای فلزات سنگین شامل باتری‌ها، ترمومترهای شکسته، سایر وسایل دارای جعبه برای اندازه‌گیری فشار خون، باتل‌های سرم در صورتیکه حاوی داروهای سایتوتوکسیک و خطرناک باشند نیز به عنوان پسماند شیمیایی و دارویی محسوب می‌شوند و بایستی مطابق پسماندهای مذکور مدیریت شوند.</p> <p>پسماندهای شیمیایی و دارویی در کیسه‌های پلاستیکی مقاوم به رنگ سفید یا قهوه‌ای با برجسب پسماند شیمیایی و دارویی جمع آوری می‌شوند. روش‌های مجاز دفع بهداشتی از قبیل محافظه سازی و نحوه استفاده و انعقاد فرار داد از شرکت و سایت‌های دارای مجوز از معاونت بهداشتی جهت حمل و نقل و دفع بهداشتی پسماندهای شیمیایی و دارویی با رعایت مفاد راهنمای مدیریت پسماندهای دارویی و شیمیایی در مراکز بهداشتی درمانی و ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته تدوین و اجرا می‌شود.</p> <p>❖ تفکیک در مبدا پسماند شیمیایی و دارویی در بیمارستان با رعایت اصول و الزامات^۳ ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته^۴، دستور کار یکسان سازی و رفع ایمنیات اجرای^۵ "ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته" به شماره ۳۰۶/۱۶۳۸۴ د مورخ ۹۴/۱۰/۰۷ و راهنمای مدیریت پسماندهای دارویی و شیمیایی در مراکز بهداشتی درمانی برنامه‌ریزی و انجام می‌شود.</p>	

¹ safety box

^۲ ReCap



الف-۴-۶-۶	تفکیک، نگهداری و دفع پسماندهای رادیواکتیو/پرتوزا بر اساس ضوابط مربوط و کدبندی رنگی و برجسب گذاری اجرا می‌شود.	سطح یک
<ul style="list-style-type: none"> ❖ تفکیک در مبدأ پسماندهای رادیواکتیو/پرتوزا بر اساس ضوابط مربوط، کدبندی رنگی و برجسب گذاری ❖ دفع پسماندهای رادیواکتیو/پرتوزا بر اساس ضوابط بهداشتی ابلاغی وزارت بهداشت <p>پسماندهای رادیواکتیو/پرتوزا شامل داروهای شیمی درمانی، پسماندهای اقدامات تشخیصی و درمانی است.</p> <p>تفکیک در مبدأ پسماند رادیواکتیو/پرتوزا در بیمارستان بر اساس دستورالعمل پسمانداری سازمان انرژی اتمی و وزارت بهداشت برنامه‌ریزی و انجام می‌شود. همچنین لازم است امکانات و تسهیلات لازم جهت جمع آوری پسماند رادیواکتیو/پرتوزا فراهم شده و کد بندی و برجسب گذاری پسماندهای تفکیک شده رادیواکتیو/پرتوزا رعایت شود.</p>		
الف-۴-۶-۷	جمع آوری، نگهداری، حمل و نقل انواع پسماندها از بخش‌ها/واحدها تا جایگاه موقت نگهداری طبق ضوابط مربوط اجرا می‌شود.	سطح یک
<ul style="list-style-type: none"> ❖ جمع آوری، نگهداری، حمل و نقل از بخش‌ها/واحدها تا جایگاه موقت نگهداری ❖ وجود امکانات و تسهیلات لازم جهت جمع آوری و حمل و نقل بهداشتی <p>محل مناسب در بخش برای نگهداری، شستشو و گندزدایی سطوح‌های زباله محل مذکور دارای شرایط بهداشتی شامل آب گرم و سرد، سیستم تهویه مناسب، متصل بودن به سیستم فاضلاب بیمارستان، مجهز به کف شوی، شرایط بهداشتی دیوار و کف باشد. از محل مذکور جهت شستشو و گندزدایی سطوح‌های زباله در بخش استفاده شود. امکانات و تسهیلات لازم از قبیل کانستینر چرخ دار و یا چرخ دستی جهت جمع آوری و حمل و نقل بهداشتی و مناسب پسماند به تعداد کافی جهت انتقال پسماند به جایگاه موقت وجود داشته و ترالی در انتهای بخش تعویض شود.</p> <p>❖ مفاد دستور کار یکسان سازی و رفع ابهامات اجرای "ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته" به شماره ۳۰۶/۱۶۳۸۴ د مورخ ۹۴/۱۰/۷ و ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته رعایت شود.</p>		
الف-۴-۶-۸	شرایط جایگاه موقت نگهداری انواع پسماندها بر اساس ضوابط مربوط است.	سطح یک
<ul style="list-style-type: none"> ❖ وجود محل نگهداری موقت پسماندها با شرایط بهداشتی ❖ شرایط نگهداری انواع پسماندها مطابق ضوابط مربوط <p>محل نگهداری موقت پسماندها دارای سرویس بهداشتی، حمام و دستشویی و محل استراحت با شرایط بهداشتی و مجزا برای کاربر نشتگاه بی خطر ساز پسماند و استفاده اختصاصی کاربر باشد. زمان نگهداری پسماندها در جایگاه، مطابق ماده ۴۵ در شرایط آب و هوایی معتدل ۷۲ ساعت در فصل سرد و ۴۸ ساعت در فصل سرد و ۲۴ ساعت در فصل گرم، است. فرسورت عدم امکان رعایت زمان نگهداری اتاقک نگهداری به سیستم خنک کننده مجهز گردد. پسماندها داخل بین‌ها با رعایت کد بندی بدون آلودگی نگهداری شوند. رفع آلودگی و گندزدایی تمام تسهیلات، تجهیزات و ظروف نگهدارنده پسماندها مطابق ماده ۳۰ ضوابط رعایت شود.</p>		
الف-۴-۶-۹	اطهاریات نامیه بی خطر سازی انواع پسماندهای عفونی و تیز و برنده بر اساس ضوابط مربوط تکمیل و ثبت می‌شود.	سطح یک
<ul style="list-style-type: none"> ❖ تکمیل و ثبت اطهاریات نامیه بی خطر سازی انواع پسماندهای عفونی ❖ تکمیل و ثبت اطهاریات نامیه بی خطر سازی انواع پسماندهای تیز و برنده <p>اطهاریات نامیه بی خطر سازی پسماندهای عفونی و تیز و برنده منطبق به نتایج میکروبی ماهیانه تکمیل شود.</p> <p>اطهاریات نامیه دارای دو فرم است فرم شماره ۱ توسط بیمارستان تکمیل و به امضاء کارشناس بهداشت محیط، کارشناس تجهیزات پزشکی و رئیس بیمارستان می‌رسد. این فرم به نضمام نتایج آزمون‌های میکروبی است که توسط آزمایشگاه بیمارستان یا آزمایشگاه معتمد محیط زیست انجام داده است تکمیل و هرماه یکبار به مرکز بهداشت مربوطه ارسال می‌شود. فرم شماره ۲ پس از بررسی و احراز صحت فرم شماره ۱ توسط مرکز بهداشت تکمیل و در پایان هر فصل به معاونت بهداشتی دانشگاه ارسال می‌شود.</p> <p>❖ مطابق مفاد دستورالعمل تکمیل و ارائه اطهاریات نامیه بی خطر سازی پسماندهای عفونی و نوک تیز و برنده به شماره ۱۰۰/۱۱۳۶ مورخ ۹۰/۸/۱۰ وزارت بهداشت به مرکز/ شبکه بهداشت ارسال شود.</p>		
الف-۴-۶-۱۰	تفکیک، جمع آوری، نگهداری، حمل و دفع اعضا و اندام قطع شده بدن، جفت و جنین مرده بر اساس ضوابط مربوط انجام می‌شود.	سطح یک
<ul style="list-style-type: none"> ❖ تفکیک، جمع آوری، نگهداری، حمل و دفع اعضا و اندام قطع شده بدن ❖ تفکیک، جمع آوری، نگهداری، حمل و دفع جفت و جنین مرده <p>اعضا و اندام‌های قطع شده بدن و جنین مرده مطابق با "ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته" مجزا جمع آوری، بسته بندی و برای دفع به آرامستان محل حمل شده و به روش تبیین شده و با رعایت احکام شرعی دفع می‌گردد.</p> <p>❖ دفع جفت بر اساس دستور کار یکسان سازی و رفع ابهامات اجرای "ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته" به شماره ۳۰۶/۱۶۳۸۴ د مورخ ۹۴/۱۰/۷ انجام می‌گردد.</p>		



سطح یک	الف-۴-۶-۱۱ جمع آوری و امحاء تجهیزات پزشکی کاشتنی خارج شده از بدن بیماران، بر اساس ضوابط مربوط و رعایت اصول بهداشتی انجام می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ جمع آوری تجهیزات پزشکی کاشتنی خارج شده از بدن بیماران با نظارت و مدیریت رئیس/ سرپرستار اتاق عمل ❖ امحاء تجهیزات پزشکی کاشتنی خارج شده از بدن بیماران بر اساس دستورالعمل ایلافی <p>📎 مفاد دستورالعمل مدیریت کاشتنی‌های مورد استفاده تهیه شده توسط سازمان غذا و دارو و به شماره ایلافی ۳۰۶/۲۳۳۵۰ مورخ ۹۵/۱۲/۷ رعایت شود.</p>
سطح دو	الف-۴-۶-۱۲ عملکرد دستگاه‌های بی‌خطر ساز پسماندها از نظر مکانیکی، میکروبی و شیمیایی طبق ضوابط مربوط کنترل و ارزیابی می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ ارزیابی عملکرد و بایش میکروبی دستگاه‌های غیرسوز بی‌خطر ساز پسماند ❖ ارزیابی عملکرد و بایش شیمیایی دستگاه‌های غیرسوز بی‌خطر ساز پسماند ❖ ارزیابی عملکرد و بایش مکانیکی دستگاه‌های غیرسوز بی‌خطر ساز پسماند <p>بازدید روزانه از عملکرد و بایش دستگاه بی‌خطر ساز انجام شود و نتایج ارزیابی‌ها در کمیته مرتبط مطرح و در صورت لزوم اقدام اصلاحی به عمل آید. همچنین لازم است مستندات مربوط به کالیبراسیون دستگاه در سوابق نگهداری شود.</p> <p>📎 مفاد دستورالعمل ارزیابی عملکرد و بایش میکروبی، شیمیایی و مکانیکی دستگاه‌های غیرسوز بی‌خطر ساز پسماند به شماره ۳۰۰/۲۶۶۶۷ مورخ ۹۰/۹/۸ رعایت شود.</p>
سطح دو	الف-۴-۶-۱۳ برنامه عملیاتی پسماندها تدوین و اجرا می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ تدوین برنامه عملیاتی مدیریت پسماندهای پزشکی ❖ اجرای برنامه عملیاتی مدیریت پسماندهای پزشکی <p>برنامه عملیاتی مدیریت پسماندهای پزشکی با توجه به مشکلات و اولویت‌های بومی بیمارستان تدوین می‌شود. اهداف این برنامه عملیاتی که همسو با برنامه استراتژیک تدوین می‌شود شامل بهبود نحوه تفکیک، جمع آوری، حمل و نقل و نگهداری، بی‌خطرسازی و دفع نهایی، افزایش آگاهی و پایبندی کارکنان و به اصول مدیریت پسماند، مدیریت حجم پسماندهای پزشکی و سایر اولویت‌های بومی بیمارستان است. این برنامه با توجه به ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته و راهنمای مدیریت پسماندهای شیمیایی و دارویی همسو با برنامه استراتژیک بیمارستان تدوین می‌شود. توصیه می‌شود انواع پسماندها به تفکیک روزانه وزن شده، فهرستی از انواع پسماندهای پزشکی ویژه یا خطرناک شامل تمامی پسماندهای عفونی و زیان آور که به دلیل بالا بودن یکی از خواص خطرناک از قبیل سمیت، بیماری‌زایی، قابلیت انفجار یا اشتعال، خوردگی و عوامل مشابه نیاز به مدیریت خاص دارند با ذکر محل تولید آن‌ها تهیه شود. فهرست مذکور به تفکیک محل تولید در اختیار بخش‌ها و واحدهای مربوطه قرار گرفته و اقدامات احتیاطی لازم در خصوص مدیریت ایمن دفع آن انجام می‌شود. در خصوص کاهش میزان تولید پسماند و مدیریت انواع پسماند در بیمارستان لازم است برنامه‌ریزی لازم به عمل آید. روش‌های کاهش میزان تولید پسماند از قبیل استفاده از لوازم یکبار مصرف، ترجیح بر استفاده از کالاهایی با تولید پسماند کمتر و غیر خطرناک و هرگونه صرفه و صلاح دیگر ضمن رعایت دقیق و کامل موازین تفکیک پسماند قابل برنامه‌ریزی و اجرا است.</p>



الف-۶-۵ فرایندهای رختشویخانه یا رعایت ضوابط و شرایط استاندارد برنامه ریزی و انجام می‌شود.	سطح
الف-۶-۵-۱ اصول بهداشتی ساختارها و فضاهای فیزیکی رختشویخانه رعایت می‌شود.	سطح یک
❖ وجود ساختارها و فضاهای فیزیکی رختشویخانه یا اصول بهداشتی	
<p>تاسیسات آبرسانی و توزیع آب باید مطابق دستور العمل‌های ابلاغی مرکز سلامت محیط و کار و به تایید معاونت‌های بهداشتی دانشگاه/ دانشکده برسد.^۱ آب با فشار کافی و درجه حرارت موردنیاز در تمام تاسیسات و تجهیزات استفاده کننده از آب در دسترس باشد. شبکه جمع آوری، تصفیه و دفع فاضلاب به تایید معاونت‌های بهداشتی برسد. رختشویخانه بیمارستان بایستی از دو بخش اصلی (بخش تمیز، بخش کثیف) و بخش‌های پشتیبان پذیرش رخت، رختکن، محل استراحت، دست شویی، توالت، حمام، دفتر مدیریت، انبار مواد شیمیایی شوینده و گندزدا، انبار رخت تمیز، انبار رخت کثیف، خیاط خانه، محل شستشوی ترالی، تی‌شویخانه تشکیل شود. بخش کثیف، محل دریافت و کنترل رخت‌های کثیف و آلوده است. بخش تمیز، محل پردازش رخت‌های شسته شده است. درب ورودی به بخش کثیف بایستی بعد از بخش پذیرش رخت و مستقیماً از درب خروجی بخش تمیز باشد. در ابتدای بخش‌های کثیف و تمیز می‌بایست جاکفشی به همراه تعداد کافی نمایی وجود داشته باشد. مسیرهای کثیف و تمیز محیط رختشویخانه شامل محوطه ورودی، محوطه خروجی توسط خط قرمز جدا گردد. مساحت رختشویخانه متناسب با حجم کار بیمارستان حداقل ۰/۱۶-۰/۱۵ متر مربع به ازای هر تخت بیمارستان است. برای بیمارستان‌های با تعداد تخت کمتر حداقل فضای مورد نیاز ۳۸ متر مربع است. در محل استقرار رختشویخانه و ارتباط آن با بخش‌های مختلف بیمارستان مواردی از قبیل عدم ایجاد مزاحمت برای بیماران و مردم لحاظ شده است. کف واحد رختشویخانه از سنگ یا سرامیک سالم، بانوام، قابل شستشو، غیرقابل نفوذ به آب و بدون ترک خوردگی و مقاوم به مواد گندزدا و خوردگی باشد. کف بخش کثیف واحد رختشویخانه دارای تعداد کافی کف شور با توری ریز و مجهز به شتر گلو بوده و شیب بندی کف بخش به طرف کف شور باشد. دیوار رختشویخانه سالم، فاقد شکستگی و ترک خوردگی، نمیز، روشن، قابل شستشو و گندزدایی، بدون منفذ و خلل و فرج و از کف تا زیر سقف از جنس مقاوم و صیقلی مانند سنگ، کاشی یا سرامیک باشد. سقف باید بدون درز بشکاف، به رنگ روشن، صاف و قابل نظافت باشد. لوازم تعبیه شده در سقف، برای مثال لامپ باید به گونه‌ای باشد که تجمع کثیفی، تراکم بخار آب و ریزش ذرات به حداقل برسد. در صورت وجود سقف کاذب، باید بدون درز و شکاف، صاف، به رنگ روشن، ضدحریق، طوبت و قابل نظافت باشد. درب و پنجره‌ها باید از جنس مقاوم، سالم و بدون زنگ زدگی و بو سیدگی باشد. در صورت وجود پنجره در رختشویخانه، تمامی پنجره‌های باز شو مجهز به توری سیمی زنگ نزن، بدون بارگی، متحرک و قابل تعویض یا شستشو باشند. در صورت وجود سیستم تهویه مطبوع مطابق ضوابط و مقررات آن سیستم عمل شود. انبار رخت تمیز دارای دیوار از جنس کاشی، سنگ یا سرامیک مقاوم تا سقف، کف از جنس سنگ یا سرامیک مقاوم، قابلیت شستشو و گندزدایی کف و دیوارها، و تهویه مناسب باشد. قفسه بندی انبار رخت تمیز، ضد زنگ، و باید به گونه‌ای باشد که رخت تمیز از گرد و خاک و آلودگی حفاظت گردد. انبار مواد شیمیایی و انبار نگهداری و ذخیره مواد شوینده و گندزدا دارای شرایط بهداشتی تبارهای کوچک مطابق با "دستورالعمل شرایط و ویژگی‌های انبارهای مواد شیمیایی و سموم" باشد. قفسه‌هایی که برای نگهداری رخت‌های تمیز در بخش‌ها استفاده می‌شوند هاری از گرد و غبار، حشرات ناقل و دور از محل رفت و آمد باشند. تهویه رختشویخانه به نحوی صورت گیرد که همواره هوای داخل تازه، کافی و بدون بو و سالم باشد. به منظور کاهش انتقال آلودگی مجدد رخت‌های شسته شده توسط اتروسل‌های آلوده، بخش کثیف رختشویخانه همواره دارای فشار منفی نسبت به بخش تمیز بوده و اگزاست فن‌ها در این بخش نصب شوند. جریان هوا در رختشویخانه همواره از بخش تمیز به طرف بخش کثیف باشد. طراحی سیستم تهویه رختشویخانه باید به گونه‌ای باشد که از اختلاط هوای بخش تمیز و بخش کثیف جلوگیری شود. هوای خروجی هود و هواکش نباید برای مکان‌های مجاور ایجاد مزاحمت نماید. چرخش هوای رختشویخانه مجاز نیست. طوبت در رختشویخانه حداکثر بین ۵۵-۵۰ درصد باشد. نصب طوبت سنج در محل رختشویخانه الزامی است. حداکثر دمای محیط رختشویخانه میبایست همواره کمتر از ۳۰ درجه سانتیگراد باشد. کنترل دما در محوطه رختشویخانه الزامی است. میزان صدا در محیط رختشویخانه نمیبایست از ۸۵ دسیبل^۲ تجاوز نماید. نور در محیط رختشویخانه میبایست بین ۲۰۰-۲۵۰ لوکس باشد. میزان نور برای کار دواخت و دوز در خیاط خانه حداقل ۵۰۰ لوکس باشد. توالت و حمام به صورت مجزا از هم و تمیز و از کف تا زیر سقف از سنگ، سرامیک یا کاشی سالم، قابل شستشو و بدون شکستگی و ترک خوردگی و به رنگ روشن باشد. رختکن کارکنان زن و مرد جدا و امکانات لازم جهت نگهداری لباس و وسایل شخصی کارکنان کمد اختصاصی سالم و فاقد زنگ زدگی در آن فراهم شده باشد. محل استراحت کارکنان رختشویخانه از اعلاظ نور، تهویه، دما، طوبت، و صدا دارای شرایط بهداشتی بوده و مجهز به تسهیلاتی مانند تخت خواب، کمد، جاکفشی باشد. در واحد رختشویخانه تسهیلات بهداشتی شستشوی دست مجهز به صابون مایع و دستمال کاغذی و سطل زباله پدالدار با تعداد مناسب در دسترس کارکنان وجود داشته باشد. محل شستشوی ترالی در واحد رختشویخانه مجهز به آب گرم و سرد، متصل به سیستم فاضلاب و دارای تهویه مناسب بوده و دیوارها و کف آن دارای معیارهای بهداشتی باشد. تی‌شورخانه باید در قسمت کثیف احداث شده و دارای ضوابط و معیارهای بهداشتی باشد. خیاط خانه باید در مجاورت قسمت تمیز رختشویخانه احداث شده و دارای ضوابط و معیارهای بهداشتی باشد. مدیریت پسماند در رختشویخانه مانند سایر قسمت‌های بیمارستان و برابر ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته است. در واحد رختشویخانه به منظور جمع آوری وسایل تیز و برنده احتمالی باقیمانده در رخت‌ها ظروف مستحکم و ایمن^۳ موجود باشد.</p>	

^۱ آب مورد استفاده باید سالم و کیفیت فیزیکی، شیمیایی و بیولوژیکی آب، مطابق استاندارد ملی به شماره ۱۰۱۱ و ۱۰۵۳ باشد.

^۲ db

^۳ safety box



سطح یک	الف-۶-۵-۲ * تفکیک، جمع آوری و حمل البسه و ملحفه‌های تمیز، کثیف و آلوده به رختشویخانه، جداگانه و با رعایت اصول بهداشتی انجام می‌شود.
<p>❖ تفکیک، جمع آوری و حمل البسه و ملحفه‌های تمیز، کثیف و آلوده عفونی به رختشویخانه به صورت جداگانه و با رعایت اصول بهداشتی</p> <p>❖ خروج رخت‌های آلوده عفونی از بخش داخل کیسه پلاستیکی زرد رنگ غیر قابل نشت گره زده شده</p> <p>❖ برجسب گذاری البسه آلوده عفونی</p>	
<p>در هنگام جمع آوری البسه و ملحفه‌ها کارکنان باید از بر جای نماندن وسایل نوک تیز و برنده در داخل البسه و ملحفه‌ها اطمینان یابند. البسه و ملحفه آلوده عفونی و کثیف (چرک) در تری‌ها و بین‌ها حداقل در پایان هر نوبت کاری به رختشویخانه منتقل شود. انتقال البسه و ملحفه‌ها حتی آلوده در ساعاتی صورت پذیرد که کمترین میزان تردد در بخش وجود دارد. اتاق کثیف، محل دریافت و کنترل البسه و ملحفه‌های کثیف و آلوده است. امکانات و تسهیلات لازم جهت جمع آوری البسه و ملحفه‌های تمیز به رختشویخانه وجود داشته و مستندات ثبت البسه کثیف و تمیز در بخش‌ها و رختشویخانه وجود داشته باشد. همچنین برجسب گذاری البسه عفونی انجام شود. به منظور ممانعت از تولید آبروسل‌ها و پراکندگی میکروارگانیسم‌ها، رخت‌ها با کمترین تکان دادن و بهم خوردگی و بدون شتابزدگی جمع آوری و جایجا شوند. دسته بندی و یا آبکشی رخت‌ها در محلی که آلوده شده‌اند (مانند بخش‌ها) ممنوع است. رخت‌های آلوده عفونی در بخش داخل کیسه پلاستیکی زرد رنگ غیر قابل نشت قرار گرفته و گره زده شود. خروج رخت آلوده از بخش بدون قراردادن در کیسه پلاستیکی و برجسب گذاری ممنوع است. حداکثر سه چهارم ظرفیت کیسه‌های پلاستیکی بایستی پر شود. فشرده‌ن کیسه‌های پلاستیکی حاوی رخت ممنوع است. رخت‌های آلوده (عفونی) قبل از خروج از محل تولید به طور واضح دارای کدبندی رنگی و برجسب شامل نام بخش، تاریخ، شیفت و علامت یا عبارت خطر زستی باشند. رعایت اقدامات احتیاطی مطابق کتاب راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی در هنگام کار با رخت‌هایی که منشأ آن، بخش‌های ویژه بیمارستان آزادی است. نحوه انتقال رخت ای استفاده شده به واحد رختشویخانه می‌تواند به دو صورت شوتینگ (با طراحی، نگهداری و استفاده مناسب) و استفاده از تری‌ها باشد. سیستم شوتینگ رخت به منظور ممانعت از پراکندگی میکروارگانیسم‌ها بایستی دارای فشار منفی باشد. بین‌های انتقال البسه و ملحفه استفاده شده در زمانی که مورد استفاده نیستند باید در اتاق کثیف نگهداری شوند. مستندات جمع آوری به تفکیک هر بخش بر اساس دفتر جمع آوری (پیوست ۱ دستورالعمل) درج شده باشد و یک نسخه از آن در بخش و نسخه دیگر در رختشویخانه موجود باشد. ارسال لباس شخصی بیمار/ان کارکنان به رختشویخانه اکیدا ممنوع است.</p> <p>📄 مفاد "تدابیر بهداشت محیط رختشویخانه بیمارستان‌ها و مرکز جراحی محدود به شماره ۳۰/۲۲۳۹۱ مورخ ۹۶/۱۲/۲۲ معاونت بهداشت وزارت بهداشت رعایت شود.</p>	
سطح یک	الف-۶-۵-۳ * انتقال البسه و ملحفه تمیز از رختشویخانه به بخش‌ها با رعایت اصول ممانعت از انتقال آلودگی انجام می‌شوند.
<p>❖ رعایت اصول ممانعت از انتقال آلودگی به البسه و ملحفه تمیز در مسیر تردد</p> <p>❖ رعایت اصول ممانعت از انتقال آلودگی به البسه و ملحفه تمیز در اتاق تمیز</p>	
<p>امکانات و تسهیلات لازم برای انتقال البسه و ملحفه تمیز از رختشویخانه به بخش‌ها وجود دارد. در رختشویخانه تخلی مناسب برای شستشو و گندزدایی تجهیزات انتقال البسه در نظر گرفته شده است. محل نگهداری البسه تمیز در بخش‌ها و انبار البسه و ملحفه تمیز در رختشویخانه باید به گونه‌ای باشد که البسه تمیز از گرد و خاک و آلودگی محافظت گردد. البسه و ملحفه‌های تمیز می‌بایست در تری‌های در دار و یا کیسه‌های پلاستیکی سفیدرنگ بسته بندی شده حمل گردند. البسه و ملحفه‌های تمیز نباید در قسمت‌هایی که دارای آلودگی محیطی هستند مانند صندوق‌ها و تپویه مطبوع قرار گیرند.</p> <p>📄 مفاد "تدابیر بهداشت محیط رختشویخانه بیمارستان‌ها و مرکز جراحی محدود به شماره ۳۰/۲۲۳۹۱ مورخ ۹۶/۱۲/۲۲ معاونت بهداشت وزارت بهداشت رعایت شود.</p>	



سطح یک	<p>الف-۵-۶-۴ * ایسه و ملحفه عفونی و غیرعفونی با ماشین لباسشویی جداگانه و محلولهای مناسب و متناسب با ظرفیت مورد نیاز شستشو می‌شوند.</p>
<p>❖ وجود ماشین لباسشویی جداگانه برای ایسه و ملحفه عفونی و غیرعفونی ❖ وجود محلولهای مناسب و متناسب با ظرفیت مورد نیاز شستشو ❖ انجام صحیح شستشو ایسه و ملحفه عفونی و غیرعفونی</p>	
<p>دستورالعمل شستشوی انواع ایسه تدوین شود و ضمن آگاهی کارکنان بر اساس آن اقدام نمایند. حداقل دو دستگاه لباسشویی اتوماتیک و صنعتی متناسب با ظرفیت ایسه ورودی روزانه در رختشویخانه وجود دارد. بر گه راهنمای کار با دستگاه در دسترس کارکنان مرتبط بوده و کارکنان از مفاد ضوابط و دستورالعمل اطلاع دارند. دستورالعمل کاربرد مواد شوینده و گندزدا در واحد رختشویخانه نصب و در معرض دید کارکنان می باشد برای اطمینان از عملکرد صحیح گندزدایی، از مواد گندزداها، سفیدکنندهها و درجنتهای دارای پروانه ساخت از وزارت بهداشت استفاده گردد. مراحل شستشو عبارتست از ۱- شستشو با آب سرد (در صورتی که رختها آغشته به خون باشند برای زدودن خون آنها باید دو مرحله با آب سرد شستشو شوند) ۲- شستشوی اصلی با آب داغ ۳- افزودن سفیدکننده ۴- آبکشی، ایسه و محفه باید با آب داغ حداقل به مدت ۲۵ دقیقه شستشو گردند. استفاده از مایع سفیدکننده (هیپوکلریت سدیم)، مطابق با دستورالعمل موجب افزایش حاشیه ایمنی شستشو می شود. میزان که کلر باقیمانده در دسترس در محلول ۱۵۰-۵۰ ppm می‌شود. در صورت عدم امکان رسیدن نمای آب به ۷۱ درجه سانتی گراد، باید از محلولهای گندزدا مناسب دارای پروانه ساخت از سازمان غذا و دارو مطابق دستورالعملهای مربوطه استفاده کرد. ایسه و ملحفه آلوده و ایسه و ملحفه کثیف باید با ماشینهای لباسشویی جداگانه شستشو گردند. ایسه و ملحفه‌های مرطوب نباید در طول شب در ماشین لباسشویی رها شوند. (قرار دادن ایسه و ملحفه‌ها در ماشین لباسشویی بدون عملیات شستشو ممنوع است). در صورت استفاده از دستگاه غیر اتوماتیک حداقل دو ترالی مخصوص جهت حمل ایسه و ملحفه خیس از ماشین لباسشویی به آنگیر و بعد از آن به خشک کن (ترالی ایسه و ملحفه خیس) و حمل ایسه و ملحفه خشک شده به تلوها (ترالی ایسه و ملحفه خشک) باشد. در صورت استفاده از دستگاههای اتوماتیک برای لباسشویی با توجه به ایسه و ملحفه آلوده یا کثیف و میزان مقاومت ایسه و ملحفه‌ها به حرارت از برنامه‌های دستگاهها برای شستشو استفاده شود. مستندات نمای شستشو میبایست در محل مناسب نگهداری گردد. هر ایسه ای که دوخت و دوز یا تعمیر شود باید مجدداً شستشو گردد. تمامی ایسه و ملحفه‌های اتاق عمل و بخش‌های با خطر بالا مانند بخش سوختگی و پیوند اعضا باید بعد از شستشو، اتوکلاو شوند. ایسه آلوده به آنتراکس یا سیاه زخم باید قبل از شستشو اتوکلاو شوند (بهتر است برای بیماران مبتلا به آنتراکس یا سیاه زخم از ایسه و ملحفه یکبار مصرف استفاده شود و پس از مصرف ایسه و ملحفه آلوده همانند پسماندهای عفونی مدیریت گردد). ایسه آلوده به ایدز و تیفوئید باید به طور جداگانه با آب داغ بالاتر از ۸۵ درجه سانتیگراد شسته شود. بهتر است برای بیماران مبتلا به ایدز و تیفوئید از ایسه و ملحفه یکبار مصرف استفاده شود و پس از مصرف ایسه و ملحفه آلوده همانند پسماندهای عفونی مدیریت گردد). در صورت استفاده از دستگاههای اتوماتیک تو صیه می شود مواد شوینده و گندزدا به صورت خودکار به دستگاه اضافه شود. همچنین از مواد شوینده فاقد ترکیبات فسفات استفاده شود و شویندههایی مانند زئولیت A جایگزین آنها شود.</p>	
سطح یک	<p>الف-۵-۶-۵ * محل ذخیره ایسه و ملحفه تمیز هیچ گونه تداخلی با ایسه کثیف ندارد.</p>
<p>❖ عدم تداخل محل ذخیره ایسه و ملحفه تمیز با ایسه کثیف فضایی برای نگهداری و ذخیره ایسه تمیز با شرایط بهداشتی و متناسب با ظرفیت منسوجات شسته شده روزانه وجود دارد. ❖ مفاد "ضوابط بهداشت محیط رختشویخانه بیمارستانها و مرکز جراحی محدود به شماره ۳۰۰/۲۲۳۹۱ مورخ ۹۶/۱۲/۲۲ معاونت بهداشت وزارت بهداشت عمل می شود.</p>	
سطح دو	<p>الف-۵-۶-۶ رختشویخانه دارای تجهیزات خشک کن و اتوی غلطکی یا پرس برقی بوده و دستگاهها سالم هستند.</p>
<p>❖ وجود تجهیزات خشک کن اتوی غلطکی یا پرس برقی سالم و فعال تجهیزات خشک کن و اتوی غلطکی یا برقی برای خشک کردن و اتو کشی متناسب با میزان ایسه ورودی روزانه وجود دارد، دستگاهها ایمن بوده مجهز به سوئیچ خودکار قطع جریان برق می باشند، در بخش تمیز رختشویخانه نصب شده اند. ❖ عملکرد دستگاهها و تجهیزات بر اساس مفاد "ضوابط بهداشت محیط رختشویخانه بیمارستانها و مرکز جراحی محدود به شماره ۳۰۰/۲۲۳۹۱ مورخ ۹۶/۱۲/۲۲ معاونت بهداشت وزارت بهداشت می باشد.</p>	
سطح دو	<p>الف-۵-۶-۷ ایسه و ملحفه‌های مورد نیاز بیماران با شرایط بهداشتی تامین می‌شود.</p>
<p>❖ وجود ایسه در گردش و ذخیره در بخش‌ها، واحدها و انبار ❖ تامین ایسه به میزان کافی برای شرایط اضطرار و بلاها تامین ایسه و ملحفه در گردش و ذخیره بر اساس ضوابط بهداشت محیط رختشویخانه بیمارستانها و مرکز جراحی محدود به شماره ۳۰۰/۲۲۳۹۱ مورخ ۹۶/۱۲/۲۲ معاونت بهداشت وزارت بهداشت، وجود مستندات (ترجیحا الکترونیکی) از جمله دفتر ثبت بخت جمع آوری شده، بخت شسته شده و بخت توزیع شده به تفکیک هر بخش بر اساس جدول مندرج در دستورالعمل مطابق ضوابط به صورت روزانه ثبت که حداقل حداقل برای یک سال نگهداری گردد، مستندات شستشوی روزانه در رختشویخانه بر اساس تعداد و کیلوگرم به تفکیک هر یک از ماشین‌های، دفتر سرجمع اموال برای تفکیک بخت ذخیره شده و بخت در گردش بر اساس جدول مطابق ضوابط موجود. برای اطمینان از برآورد آماری میزان لباس، ملحفه و اقلام پارچه ای مورد نیاز</p>	



الف-۶-۶ اصول بهداشت حفاظت در برابر پرتوها رعایت می‌شود.	
سطح یک	الف-۶-۶-۱ * تجهیزات و منابع مولد پرتو در بیمارستان دارای مجوز کار با اشعه از سازمان انرژی اتمی و کنترل کیفی معتبر است.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ مجوز کار با اشعه از سازمان انرژی اتمی ❖ مدارک و تاییدیه‌های کنترل کیفی معتبر
	<p>مجوز کار با اشعه شامل وجود شناسنامه منابع مولد اشعه (دستگاهها و چشمه‌ها)، وجود گواهی نامه کنترل کیفی معتبر برای تمام منابع مولد اشعه مشمول وجود مجوز معتبر کار با اشعه برای تمام منابع مولد اشعه مشمول وجود برنامه نظارتی برای پیشگیری از فعالیت/ کاربرد منابع مولد اشعه بدون اخذ مجوز کار با اشعه می باشد. مدارک و تاییدیه‌های واحدهای یزوتویشکی شامل مستندات کنترل کیفی، مجوز کار با اشعه، پرونده‌های بهداشتی پرسنل پرتوکار، قرارداد فی مابین بیمارستان و واحد پسمانداری سازمان انرژی اتمی، نتایج بازدیدها و دزیمتری‌های ادواری و مستمر انجام شده و - با بهره گیری از آیین نامه اجرایی قانون حفاظت در برابر اشعه مصوب ۱۳۶۷/۰۲/۰۲ می باشند. توصیه می شود کنترل و گزارش تحلیلی مستندات مذکور همراه پیشنهادات اصلاحی به تیم مدیریت ارشد بیمارستان ارائه گردد.</p>
سطح یک	الف-۶-۶-۲ * حدود مجاز پرتو، ساختار فیزیکی و تجهیزات حفاظت در برابر اشعه مطابق ضوابط مربوط برنامه ریزی و رعایت می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ رعایت اصول بهداشت و حفاظت پرتوها در خصوص حدود مجاز پرتو ❖ رعایت اصول بهداشت و حفاظت پرتوها در خصوص ساختار فیزیکی ❖ رعایت اصول بهداشت و حفاظت پرتوها در خصوص تجهیزات
	<p>اصول بهداشت پرتوها و حفاظت پرتوها مطابق ضوابط سازمان انرژی اتمی ایران شامل الزامات و اقدامات مختلفی می باشد، از جمله می توان به موارد ذیل اشاره نمود:</p> <p>اطلاع مسئول فیزیک بهداشت از شرح وظایف قانونی و عمل به آن</p> <p>انطباق نقشه‌های مصوب یا جانمایی منابع مولد اشعه یونساز</p> <p>وجود برنامه نظارتی برای پیشگیری از فعالیت/ کاربرد منابع مولد اشعه بدون اخذ مجوز کار با اشعه</p> <p>وجود تجهیزات حفاظت فردی متناسب با کاربری دستگاهها (پرتوکاران و بیماران)</p> <p>استفاده از فیلم بیج اختصاصی توسط پرتوکاران</p> <p>کاربرد تجهیزات نگهدارنده کمکی در وضعیت بیماران در هنگام تصویربرداری</p> <p>استفاده مستمر از تجهیزات حفاظت فردی متناسب با کاربری دستگاهها (پرتوکاران و بیماران)</p> <p>وجود دستورالعمل‌های پیشگیری و مقابله با اتفاقات و سوانح پرتویی</p> <p>اطلاع کلیه کارکنان مرتبط از مفاد دستورالعمل</p> <p>آمادگی برای اجرای کامل دستورالعمل توسط کارکنان مرتبط در صورت بروز اتفاق یا سانحه پرتویی</p> <p>وجود تابلوهای راهنما و علائم هشدار دهنده استاندارد مرتبط با حفاظت در برابر اشعه</p> <p>در صورت وجود مدیریت پسماندهای رادیواکتیو</p> <p>وجود پرونده حفاظتی پرتوکاران</p> <p>مانیتورینگ فردی و بنا به نوع کار با اشعه مانیتورینگ محیطی</p> <p>نصب آیفون جهت ارتباط بین پرتوکار و بیمار</p> <p>رعایت شرایط حفاظتی از جمله (دره، شیشه‌های سربی و دیوارها) در بخش‌های تصویربرداری و بخش‌های دارای تجهیزات مولد اشعه</p>



الف-۷ مدیریت تجهیزات پزشکی

سطح	الف-۷-۱ بیمارستان از تامین ایمن گازهای طبی برای استفاده بیماران اطمینان حاصل می‌نماید.
سطح یک	<p>الف-۷-۱-۱ * در بدو ورود انواع کیسول گازهای طبی به بیمارستان، نوع گاز و خلوص گاز اکسیژن بررسی شده و نتایج آن ثبت می‌شود.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ بررسی و تایید و خلوص گاز اکسیژن و شناسایی کیسول انواع گازهای طبی در بدو ورود به بیمارستان توسط مسئول گازهای طبی ❖ اطمینان از مطابقت محتوای سیلندر گاز با مشخصات ظاهری استاندارد آن هنگام تحویل به بیمارستان و در حین هرگونه تحویل و تحویل ❖ شماره گذاری و تفکیک سیلندرهایی خالی گازهای طبی <p>اطمینان از بر بودن کیسول‌ها در ابتدای هر نوبت کاری در بخش‌های درمانی با روشی بدون برنامه‌ریزی و انجام شود. در صورتی که سیلندر دارای گچ تعیین کننده فشار داخلی گاز است، بایستی روش/ احد تشخیصی سیلندرهایی خالی از پر در فرایند تامین گازهای طبی به ویژه گاز اکسیژن برنامه‌ریزی شده باشد.</p> <p>ک نامه ابلاغی وزارت بهداشت با شماره ۴۰۲/۴۵۵۷ د مورخ ۹۵/۲/۱۱ موضوع استاندارد رنگ سیلندرهایی گازهای طبی</p>
سطح یک	<p>الف-۷-۱-۲ * تهیه، نگهداری و حمل و نقل کیسول‌های طبی مطابق ضوابط ایمنی مربوط انجام می‌شود.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ تهیه و تامین کیسول اکسیژن و سایر گازهای طبی از محل‌های مجاز و مورد تایید مبادی ذریع ❖ اطمینان از مطابقت محتوای سیلندر با گاز مورد نیاز برای بیمار قبل از استفاده برای بیمار ❖ استاندارد سازی محل انبارش/ نگهداری سیلندر گازهای طبی ❖ آگاهی کارکنان از شیوه‌های انتقال ایمن گازهای طبی ❖ انتقال ایمن گازهای طبی در سطح بیمارستان <p>کیسول‌های اکسیژن موجود در بخش بایستی مجهز به مانومتر و فشار شکن و مانسک و ابزار و اتصالات استاندارد و آماده برای استفاده باشند.</p> <p>➤ نکات ایمنی کیسول‌های گازهای طبی</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. کیسول‌های گازهای طبی در مکان‌های خود ثابت و محکم شوند. ۲. حمل کیسول‌های گازهای طبی پر در تمامی نقاط بیمارستان با کلاهک انجام شود. ۳. جهت جلوگیری از تماس روغن و گریس یا استعمال دخانیات و تماس با شعله و یا جرقه با کیسول، علائم هشدار دهنده در مجاورت کیسول‌ها نصب شود. ۴. دستورالعمل استفاده از کیسول‌های گازهای طبی تهیه و در مجاورت محل استقرار کیسول نصب شود. ۵. جهت حمل و جابجایی از تrolley مخصوص حمل گاز طبی استفاده شود. ۶. در حین انتقال سیلندرهایی اکسیژن و سایر گازهای طبی قابل اشتعال رگلاتور از سیلندر باز شود. ۷. در حین انتقال سیلندرهایی اکسیژن و سایر گازهای طبی قابل اشتعال دریچه‌های سیلندر بسته شده و کلاهک بر روی آن محکم شود. ۸. در حین انتقال سیلندرهایی اکسیژن و سایر گازهای طبی قابل اشتعال ضمن انتقال به تrolley مخصوص حمل و نقل بایستی توسط زنجیر محکم شود ۹. در حین انتقال سیلندرهایی اکسیژن و سایر گازهای طبی قابل اشتعال سیلندر به صورت ایستاده حمل و نقل شود. ۱۰. در حین انتقال سیلندرهایی اکسیژن و سایر گازهای طبی قابل اشتعال از کشیدن و یا چرخاندن آن به صورت افقی بر روی زمین اکیدا خودداری شود. ۱۱. نگهداری کیسول‌های گازهای طبی با رعایت نکات ایمنی انجام شود. <p>➤ نگهداری ایمن کیسول‌های گازهای طبی</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. محل نگهداری سیلندر گازهای طبی در فضای محصور و مسقف ۲. به دور از تابش مستقیم نور خورشید ۳. دارای تهویه مناسب ۴. دارای حداقل دو درب (ورودی و خروجی) و قابل قفل شدن ۵. اندازه درب‌ها به نحوی باشد که ورود و خروج تrolley مخصوص حمل به سهولت به داخل آن ممکن باشد ۶. جلوگیری از دسترسی افراد غیر مجاز ۷. محل نگهداری دارای علامت هشدار با مضمون "گازهای قابل اشتعال" و "استعمال دخانیات ممنوع" که از فاصله ۱۵۰ سانتیمتری قابل خواندن باشد ۸. چیدمان سیلندرهایی گازهای طبی به نحوی که اولویت با مصرف سیلندرهایی قدیمی تر باشد. ۹. لذا باید به نوعی محصور و حفاظت شود که امکان سرایت آتش یا اشپاء مشتعل (مانند سیگار) به داخل آن نباشد <p>✓ نظارت بر حسن اجرای تهیه، نگهداری و حمل و نقل ایمن کیسول‌های طبی توسط مسئول فنی/ ایمنی و مسئول تجهیزات پزشکی برنامه‌ریزی و با دقت انجام شود.</p>



سطح یک	الف-۷-۱-۳ * نحوه نشانه گذاری و رنگ بندی کیسول انواع گازهای طبی، مطابق ضوابط مربوط بررسی شده و از هیچ گونه پوششی استفاده نمی‌شود.
<ul style="list-style-type: none"> ❖ قید اطلاعات نام گاز به فارسی و فرمول شیمیایی به صورت واضح و خوانا بر روی تمامی سیلندرها و گازهای طبی به صورت ماندگار و غیر قابل مخدوش شدن ❖ قید نام مرکز درمانی بر روی کیسول‌های گازهای طبی ❖ عدم پوشاندن بدنه کیسول اعم از رنگ، پارچه، نایلون و سایر پوشانندها ❖ بررسی مستند سلامت و کارایی کیسول‌های گازهای طبی اعم از بدنه سیلندرها و رگولاتور در بازه‌های زمانی معین 	
<p>❏ اقدام بر اساس مفاد نامه استاندارد رنگ سیلندرها و گازهای طبی ابلاغی مرکز نظارت و اعتباربخشی امور درمان وزارت متبوع با شماره ۴۰۲/۴۵۵۷ مورخ ۹۵/۲/۱۱</p> <p>❏ دستورالعمل حداقل فرامات ایمنی در استفاده از گازهای طبی شماره ۴۰۰/۲ به تاریخ ۹۵/۱/۴</p>	
سطح دو	الف-۷-۱-۴ * اکسیژن یا فشار، جریان و خلوص مورد انتظار برای بیمار تأمین شده و مدیریت تجهیزات پزشکی بر کیفیت آن نظارت می‌نماید.
<ul style="list-style-type: none"> ❖ نظارت مستمر بر تامین مستمر اکسیژن یا با فشار، جریان و خلوص مورد انتظار برای بیمار توسط مدیریت تجهیزات پزشکی ❖ تامین ابزار سنجش میزان خلوص اکسیژن ❖ وجود برنامه‌های منبوع و منظم برای ارزیابی درصد خلوص و فشار اکسیژن در بالین بیماران ❖ تامین اکسیژن با میزان خلوص و فشار مناسب مورد نیاز بر بالین بیماران 	
<p>➤ نکات مهم در زمینه تامین اکسیژن یا با فشار، جریان و خلوص مورد انتظار برای بیماران</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. تهیه و تامین ابزار لازم برای سنجش فشار و خلوص اکسیژن ۲. سنجش میزان فشار و خلوص اکسیژن در نقاط مختلف به ویژه بر بالین بیماران ۳. توجه خاص به بخش‌های پرخطر مانند بخش‌های ویژه نوزادان و بزرگسالان ۴. کنترل خلوص، فشار و میزان مصرف اکسیژن به صورت مستمر در سایت اکسیژن ساز و بالین بیمار ۵. کنترل سلامت لوله‌های انتقال گازهای طبی به صورت مستمر از مسیر تولید تا بالین بیمار ۶. وجود حداقل خلوص ۹۰ درصدی اکسیژن تولیدی اکسیژن ساز در ورودی بخش‌ها ۷. نصب هشدار دهنده کاهش فشار اکسیژن در ورودی بخش‌های ویژه ۸. وجود قرارداد سرویس و نگهداری با شرکت نمایندگی دستگاه اکسیژن ساز و انجام سرویس‌های دوره ای و نگهداری مستندات مربوط ۹. رعایت نکات ایمنی و فنی دستگاه‌های اکسیژن ساز ۱۰. اتصال دستگاه اکسیژن ساز به برق اضطراری ۱۱. بحال استقرار دستگاه اکسیژن ساز حفاظت شده و مطابق میانی استاندارد و ایمن. ۱۲. برنامه نگهداری پیشگیرانه و بازبینی دوره‌ای لوله کشی‌های سانترال به بخش‌ها، موجود و در دسترس می‌باشد. ۱۳. وجود شناسنامه و تمامی سوابق سرویس دوره ای تعمیر و کالیبراسیون دستگاه اکسیژن ساز ۱۴. سیستم رزرو کیسول اکسیژن در بیمارستان برای مواقع اضطراری ۱۵. دسترسی حفاظت شده برای افراد مجاز به استقرار منابع تأمین کننده اکسیژن و مخازن ذخیره ۱۶. استقرار منابع تأمین کننده اکسیژن و مخازن ذخیره آن به علت احتمال خطر انفجار خارج از ساختمان بیمارستان و در دسترس بودن جایگاه به سهولت و آسانی ۱۷. مدیریت پیشگیرانه ایمنی محیط درمبارد مخاطرات سیل، منابع حرارتی و سقوط اشیاء و اجسام معلق در هوا و سایر مخاطرات ۱۸. تهیه و شارژ کیسول‌های اکسیژن توسط شرکت‌های معتبر و دارای مجوز تولید اکسیژن طبی از موسسه ملی استاندارد ایران ۱۹. نگهداری سوابق تهیه/شارژ کیسول‌های اکسیژن ۲۰. مدیریت موجودی کیسول شارژ شده به نحوی که علاوه تامین نیازهای معمول در تمام ساعات شبانه روز برای شرایط غیر مترقبه نیز ذخیره پیش بینی شود. <p>درخصوص سیستم گازهای طبی هوای فشرده با توجه به ورود هوا از طریق دستگاه ونتیلاتور به ریه بیمار، وجود سیستم کامل فیلترینگ هوا، فیلترهای ذره گیر و آنتی باکتریال و... ضروری می‌باشد.</p>	



سطح	الف-۷-۲- تأمین تجهیزات پزشکی بر اساس اصول فنی و رعایت ضوابط مربوط برنامه ریزی و مدیریت می شود.
سطح یک	الف-۷-۲-۱ * تجهیزات پزشکی فراخوان شده جمع آوری و از گردش کار خارج می شوند.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ اطلاع رسانی تجهیزات پزشکی فراخوان شده^۱ به بخش / واحدها توسط مسئول تجهیزات پزشکی ❖ نظارت بر جمع آوری فوری تجهیزات پزشکی فراخوان شده ❖ نشان گذاری تجهیزات پزشکی فراخوان شده با مدیریت مسئول تجهیزات پزشکی ❖ عدم دسترسی کاربران به تجهیزات پزشکی فراخوان شده در محل ارائه مراقبت اخذ ❖ عدم قرار گرفتن تجهیزات پزشکی ریکال شده در محدوده تجهیزات سالم و گردش کار ❖ روشن بودن سرنوشت نهایی تجهیزات فراخوان و جمع آوری شده در مدیریت تجهیزات پزشکی
	<p>➤ سوابق و مستندات مورد نیاز تجهیزات پزشکی فراخوان شده</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. سوابق مکاتبات سازمان غذا و دارو و سایر نهادهای ذیربط در خصوص فراخوان شده تجهیزات پزشکی ۲. فهرست تجهیزات فراخوان شده با ذکر مشخصات، کارخانه سازنده، سری ساخت و در صورت مصرفی بودن تاریخ تولید و انقضای ۳. سوابق اطلاع رسانی تجهیزات پزشکی فراخوان شده به تمامی بخش / واحدها توسط مسئول تجهیزات پزشکی ۴. سوابق و مستندات بیان کننده سرنوشت نهایی تجهیزات فراخوان شده <p>به منظور پیشگیر از بکارگیری اشتباه تجهیزات فراخوان شده به جای تجهیزات سالم بایستی چک و نگهداری تجهیزات پزشکی فراخوان شده به نحوی باشد که در محدوده تجهیزات سالم مانند تجهیزات پشتیبان فعال در بخش های بالینی و پشتیبانی قرار نگیرد.</p>
سطح دو	الف-۷-۲-۲ خرید و ارتقای تجهیزات پزشکی سرمایه ای مبتنی بر صرفه و صلاح و رعایت الزامات قانونی و ملاحظات فنی انجام می شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ تبیین مفاهیم صرفه و صلاح به صورت بومی برای هر مورد خرید تجهیزات پزشکی سرمایه ای و یا انتخاب نوع مدل آن در کمیته درمان دارو و تجهیزات ❖ انتخاب نوع مدل تجهیزات پزشکی مصرفی سرمایه ای بر اساس صرفه و صلاح بیمارستان در چارچوب قوانین و ضوابط مربوط
	<p>تجهیزات پزشکی سرمایه ای و ملزومات مصرفی بایستی در چارچوب فهرست تجهیزات پزشکی مصرفی و سرمایه ای مجاز در سامانه اداره کل تجهیزات پزشکی وزارت بهداشت تأمین می شود. همچنین ضمن رعایت آیین نامه های مالی و معاملاتی، موضوع خرید تجهیزات پزشکی سرمایه ای و ملزومات مصرفی در کمیته درمان، دارو و تجهیزات پزشکی با حضور مسئول تجهیزات پزشکی بیمارستان مطرح و بررسی کارشناسی فنی با در نظر گرفتن صرفه و صلاح در خصوص خرید صورت پذیرد. نوع/ برند انتخاب شده و قیمت ملزومات مصرفی پزشکی در سامانه اطلاعات بیمارستان بایستی ثبت شود. همچنین لازم است فرمولاری (فهرست) تجهیزات مصرفی با استفاده از سامانه اداره کل تجهیزات و ملزومات پزشکی با همکاری پزشکان به ویژه در خصوص کاشتنی ها تدوین شده و چارچوب آن رعایت شود. بدیهی است در صورت هرگونه تغییر در تقاضا یا عرضه امکان بازنگری این فرمولاری در کمیته درمان دارو و تجهیزات فراهم است. حضور مسئول تجهیزات پزشکی بیمارستان/ حداقل کارشناس نماینده تجهیزات پزشکی در جلسات تصمیم گیری کمیته دارو درمان و تجهیزات لازمی است. زنجیره توزیع شامل وارد کننده اصلی، تولید کننده اصلی و نمایندگان مجاز آن ها که در سامانه اداره کل تجهیزات و ملزومات پزشکی ثبت شده است، همچنین مسئول تجهیزات پزشکی بایستی از نحوه برگزاری مناقصات، مقررات، ضوابط و بخشنامه های مرتبط با تأمین (خرید) تجهیزات پزشکی و همچنین، قیمت گذاری تجهیزات ملزومات پزشکی آگاهی داشته و در برگزاری مناقصات مشارکت فعال داشته باشند. بدیهی است در مواردی که ارتقای قابلیت های تجهیزات پزشکی با تهیه لوازم جانبی (نرم افزاری، سخت افزاری) میسر است خرید و جایگزینی تجهیزات جدید توصیه نمی شود.</p>
	<p>➤ ملاک های مهم در خصوص انتخاب خرید تجهیزات پزشکی</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. حمایت از تجهیزات پزشکی تولید داخل ۲. قیمت تمام شده خدمت و رابطه آن با درآمد حاصله از نصب و راه اندازی تجهیزات ۳. شناسایی ارزش افزوده تجهیزات مورد درخواست برای ایمنی بیمار، ارتقای کیفیت و بهبود درآمد هزینه خدمات، جهت اولویت بندی درخواست های خرید ۴. بررسی و تطبیق قابلیت های کمی و کیفی مورد انتظار، دستگاه مطابق نیاز مرکز و درخواست کاربر حرفه ای آن در بیمارستان ۵. خرید تجهیزات پزشکی از زنجیره توزیع قانونی و مجاز بودن شرکت تأمین کننده/ تولید کننده از نظر وزارت بهداشت ۶. خوشنامی فروشنده در انجام تعهدات و کیفیت پشتیبانی و خدمات پس از فروش و سوابق عملکرد تجهیزات پزشکی مشابه و شرکت پشتیبان آن در سایر مراکز ۷. بررسی گزارش کارشناسی هزینه بهره وری مهم از هزینه نگهداشت، هزینه ارتقاء و تعمیرات و قطعات ۸. امکان تأمین کپت/ مواد مصرفی و قطعات یدکی در کشور ۹. قابلیت های ارتقای تجهیزات پزشکی موجود و لحاظ شیوه های اقتصاد سنجی تجهیزات و ملزومات پزشکی ۱۰. خرید تجهیزات و ملزومات پزشکی مطابق با ضوابط سامانه اداره کل تجهیزات پزشکی و رعایت آیین نامه های مالی و معاملاتی و تشریفات قانونی مربوط

¹ Recall



سطح دو	الف-۲-۷-۳ * تجهیزات ضروری هر یک از بخش‌ها / واحدها تامین شده و در صورت نیاز تجهیزات پشتیبان آماده به کار جایگزین می‌شوند.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ تعیین و تصویب فهرست تجهیزات ضروری هر بخش در کمیته درمان دارو و تجهیزات ❖ تعیین و تصویب واحدها/ بخش‌های پشتیبان تجهیزات ضروری هر بخش در کمیته درمان دارو و تجهیزات ❖ وجود فهرست تجهیزات ضروری در هر بخش/ واحد و نیز در واحدها/ بخش‌های پشتیبان تجهیزات ضروری و آگاهی مسئولان/ کارکنان مرتبط در تمام نوبت‌های کاری ❖ آماده به کار بودن تجهیزات ضروری در هر بخش/ واحد و تجهیزات پشتیبان با دسترسی مناسب و به موقع ❖ بازنگری فهرست تجهیزات ضروری و پشتیبان در بازه‌های زمانی مناسب مبتنی بر وضعیت ارائه خدمات در بیمارستان
	<p>فهرست تجهیزات ضروری و همچنین واحدها/ بخش‌های پشتیبان هر بخش در کمیته درمان دارو و تجهیزات یا پیشنهاد مسئول تجهیزات پزشکی و تایید مسئول فنی/ ایمنی؛ مسئولان بخش‌ها/ واحدها تعیین و تصویب می‌شود. بخش‌های ویژه، اورژانس و اتاق‌های عمل جزء بخش‌های واحدهای پشتیبان محسوب نمی‌شوند. بازنگری فهرست تجهیزات ضروری و پشتیبان در بازه‌های زمانی مناسب مبتنی بر وضعیت ارائه خدمات در بیمارستان صورت می‌پذیرد. وضعیت ارائه خدمات در بیمارستان تابع عواملی مانند: میزان اشغال تخت، میزان چرخش تخت، بحران‌ها و تنوع بیماری‌ها است. به عنوان مثال با افزایش بستری بیماران بدحال یا طغیان عفونت‌ها، در برخی بخش‌ها جهت سهولت دسترسی به تجهیزات پشتیبان برای آن بخش/ واحد ممکن است نیاز به تجدید نظر باشد.</p>
سطح سه	الف-۲-۷-۴ در راستای افزایش سرعت، دقت و صحت خدمات تشخیصی، از تجهیزات با تکنولوژی پیشرفته و به روز استفاده می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ انجام مطالعات لازم جهت آگاهی از آخرین تکنولوژی‌های پیشرفته و به روز برای بخش‌ها/ واحدهای تشخیصی و پاراکلینیکی ❖ بهبود و توسعه تجهیزات پزشکی در راستای ارتقای سرعت، دقت و صحت خدمات تشخیصی، با استفاده از تجهیزات دارای تکنولوژی پیشرفته و به روز
	<p>به روز رسانی تکنولوژی تجهیزات تشخیصی به منظور بهبود سرعت، دقت و صحت خدمات تشخیصی در بخش‌ها/ واحدهای مهمی مانند آزمایشگاه، تصویر برداری و سایر بخش‌های تشخیصی و پاراکلینیکی یکی از مصادیق بیمار محوری در بیمارستان است. در مواردی که ارتقای قابلیت‌های تجهیزات پزشکی با تهیه لوازم جانبی (نرم افزاری، سخت افزاری) میسر است خرید و جایگزینی تجهیزات جدید مد نظر نیست. بهبود و توسعه تجهیزات پزشکی در راستای ارتقای سرعت، دقت و صحت خدمات تشخیصی، بدون لحاظ منافع مالی محض موید استقرار بسیاری از استانداردهای همسو در ارتقای کیفیت، بهبود ایمنی بیماران و فرهنگ بیمار محوری است. لذا از این منظر این استاندارد نقش مهمی در ارزیابی باور مدیران ارشد در امر اولویت بخشیدن به ارتقای کیفیت، ایمنی بیمار و فرهنگ بیمار محوری است.</p>
سطح سه	الف-۲-۷-۵ در راستای ارتقای کیفیت خدمات بالینی، کاهش عوارض و کاهش مدت مراقبت، از تجهیزات با تکنولوژی پیشرفته و به روز استفاده می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ انجام مطالعات لازم جهت آگاهی از آخرین تکنولوژی‌های پیشرفته و به روز برای ارائه خدمات بالینی ❖ بهبود و توسعه تجهیزات پزشکی با تکنولوژی پیشرفته و به روز در راستای ارتقای کیفیت، خدمات بالینی، ایمنی بیمار، کاهش عوارض و کاهش مدت مراقبت
	<p>به روز رسانی تکنولوژی تجهیزات تشخیصی به منظور بهبود کیفیت، خدمات بالینی، ایمنی بیمار، کاهش عوارض و کاهش مدت مراقبت مانند نایق عمل، کت لب، بخش‌های ویژه و اورژانس و سایر بخش‌های بالینی یکی دیگر از مصادیق مهم بیمار محوری در بیمارستان است. در مواردی که ارتقای قابلیت‌های تجهیزات پزشکی با تهیه لوازم جانبی (نرم افزاری، سخت افزاری) میسر است خرید و جایگزینی تجهیزات جدید مد نظر نیست. هر گونه بهبود کیفیت خدمات بالینی، ایمنی بیمار، کاهش عوارض و کاهش مدت مراقبت، بدون لحاظ منافع مالی محض موید استقرار بسیاری از استانداردهای همسو در ارتقای کیفیت، بهبود ایمنی بیماران و فرهنگ بیمار محوری است. لذا از این منظر این استاندارد نقش مهمی در ارزیابی باور مدیران ارشد در امر اولویت بخشیدن به ارتقای کیفیت، ایمنی بیمار و فرهنگ بیمار محوری است.</p>
سطح	الف-۳-۷-۳ پایش، نگهداری، ارزیابی و کاربری صحیح تجهیزات پزشکی برنامه‌ریزی و مدیریت می‌شود.
سطح یک	الف-۳-۷-۱ اطلاعات شناسنامه‌ای، کنترل کیفی، نگهداری پیشگیرانه، تعمیرات و سرویس‌های دوره‌ای تجهیزات پزشکی به روز بوده و در دسترس است.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ وجود شناسنامه الکترونیک تجهیزات پزشکی ❖ اطلاعات شناسنامه شامل نام دستگاه، محل استقرار، مدل، سال نصب، تولید، سوابق کنترل کیفی، شرکت نمایندگی، سوابق نگهداشت و کد شناسه تجهیزات پزشکی ❖ به روز رسانی و اصلاح/ تکمیل شناسنامه تجهیزات پزشکی پس از سرویس‌های دوره‌ای/ تعمیرات، اسقاط و یا خرید تجهیزات پزشکی جدید/ جایگزینی محل استقرار آنها <p>تجهیزاتی که امکان نصب بر حسب اموال ندارد از قبیل گوشی معاینه، فشارسنج عقرب‌های، فلومتر اکسیژن، چراغ قوه و از این قبیل موارد نیاز به شناسنامه ندارد، اما تعداد آن در هر بخش باید مشخص و معلوم باشد.</p>
سطح یک	الف-۳-۷-۲ انبارش؛ اسقاط تجهیزات پزشکی مطابق ضوابط مربوط انجام می‌شود.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ دسترسی و آگاهی مسئول تجهیزات پزشکی بیمارستان از ضوابط ابلاغی انبارش تجهیزات پزشکی در سامانه اداره کل تجهیزات و ملزومات پزشکی وزارت بهداشت ❖ دسترسی و آگاهی مسئول تجهیزات پزشکی بیمارستان از ضوابط ابلاغی وزارت بهداشت در خصوص اسقاط تجهیزات پزشکی ❖ اسقاط تجهیزات پزشکی منطبق بر ضوابط ابلاغی اداره کل تجهیزات و ملزومات پزشکی
	<p>نظارت؛ تسلط مسئول تجهیزات پزشکی بیمارستان/ کارشناسان تجهیزات پزشکی در زمینه نحوه انبارش تجهیزات پزشکی مطابق ضوابط ابلاغی اداره کل تجهیزات و ملزومات پزشکی وزارت بهداشت و نحوه اسقاط تجهیزات مشمول اسقاطی و وضعیت انبار تجهیزات پزشکی، از شواهد استقرار این استاندارد است</p>



سطح یک	الف-۳-۷-۳ تعمیرات تجهیزات پزشکی از طریق شرکت‌های نمایندگی ثالث مجاز انجام می‌شود.
<ul style="list-style-type: none"> ❖ شناسایی شرکت‌های نمایندگی و یا مجاز (ثالث) تجهیزات پزشکی در واحد مهندسی پزشکی در شناسنامه تجهیزات ❖ انجام تعمیرات تجهیزات پزشکی صرفاً از طریق شرکت‌های نمایندگی و یا مجاز (ثالث مجاز) <p>فهرست شرکت‌هایی که انجام خدمات آن‌ها به موقع و با قیمت و کیفیت مناسب صورت نمی‌پذیرد، حتماً به اداره کل تجهیزات پزشکی اطلاع‌رسانی گردد و در خریدهای بعدی به موضوع عدم رضایت از خدمات پس از فروش توجه جدی شود. اسکن مستندات کاغذی و الکترونیکی نمودن سوابق تعمیرات سرویس‌های دوره‌ای تجهیزات به منظور دسترسی سریع و امکان طبقه بندی سوابق توصیه می‌شود.</p>	
سطح دو	الف-۳-۷-۴ * نگهداری پیشگیرانه براساس بازدیدهای میدانی دوره‌ای برای تجهیزات پزشکی برنامه‌ریزی و بر اساس آن اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل می‌آید.
<ul style="list-style-type: none"> ❖ تهیه فهرست تجهیزات پزشکی سرمایه‌های حیاتی مشمول نگهداری پیشگیرانه^۱ توسط تجهیزات پزشکی بیمارستان ❖ تدوین برنامه زمان‌بندی انجام ارزیابی‌های نگهداری پیشگیرانه ❖ فهرست تجهیزات پزشکی مشمول نگهداری پیشگیرانه به تفکیک بخش و تقویم بازدیدهای دوره‌ای نگهداری پیشگیرانه آن‌ها ❖ تدوین چک لیست‌های نگهداری پیشگیرانه براساس دستور العمل‌های ابلاغی اداره کل تجهیزات پزشکی و توصیه‌های کارخانه سازنده ❖ اجرای برنامه نگهداری پیشگیرانه براساس دستور العمل‌های ابلاغی اداره کل تجهیزات پزشکی و توصیه‌های کارخانه سازنده ❖ طراحی و انجام اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود کیفیت بر اساس نتایج ارزیابی و نگهداری پیشگیرانه ❖ نگهداری سوابق ارزیابی‌های نگهداری پیشگیرانه و اقدامات اصلاحی احتمالی متعلق آن در بخش‌ها/ واحدها و نظارت تجهیزات پزشکی بیمارستان <p>برنامه‌ریزی و اجرای دقیق نگهداری پیشگیرانه تجهیزات پزشکی یکی از مهمترین و مؤثرترین خدمات تخصصی واحد تجهیزات پزشکی است که در کاهش هزینه‌های تعمیر و نگهداشت و نیز صیانت از کیفیت خدمات و ایمنی بیمارانی بسیار تاثیر گذار است.</p>	
سطح دو	الف-۳-۷-۵ سرویس‌های دوره‌ای تجهیزات حیاتی و سرمایه‌ای توسط شرکت‌های مجاز در قالب قرارداد، برنامه‌ریزی و در تاریخ مقرر انجام می‌شوند.
<ul style="list-style-type: none"> ❖ تعیین فهرست تجهیزات حیاتی و سرمایه‌ای مشمول سرویس‌های دوره‌ای در کمیته درمان دارو و تجهیزات ❖ عقد قراردادها معتبر و جاری برای سرویس دوره‌ای تجهیزات حیاتی و سرمایه‌ای ❖ تدوین برنامه زمان‌بندی انجام سرویس دوره‌ای تجهیزات حیاتی و سرمایه‌ای ❖ انجام سرویس‌های دوره‌ای به صورت منظم و بر اساس برنامه زمان‌بندی شده واحد تجهیزات پزشکی بیمارستان توسط شرکت‌های نمایندگی مجاز <p>فهرست تجهیزات حیاتی و سرمایه‌ای مشمول سرویس‌های دوره‌ای با پیشنهاد مسئول تجهیزات پزشکی و موافقت مسئول فنی/ ایمنی و تصویب کمیته درمان دارو و تجهیزات تدوین می‌شود.</p>	
سطح دو	الف-۳-۷-۶ کنترل کیفی دوره‌ای تجهیزات پزشکی مطابق ضوابط مربوط برنامه‌ریزی و اجرا می‌شود.
<ul style="list-style-type: none"> ❖ تعیین فهرست تجهیزات حیاتی و سرمایه‌ای کالیبراسیون در کمیته درمان دارو و تجهیزات ❖ تدوین برنامه زمان‌بندی انجام کالیبراسیون تجهیزات حیاتی و سرمایه‌ای ❖ اجزای کالیبراسیون تجهیزات پزشکی به صورت منظم و بر اساس برنامه زمان‌بندی شده توسط شرکت‌های مجاز ❖ نصب برچسب‌های اصلاحی مطابق با دستورالعمل‌ها و نتایج آزمون کالیبراسیون بر روی تجهیزات با تاریخ اعتبار ❖ انجام کالیبراسیون مجدد در صورت دریافت هرگونه گزارش یا موارد عدم انطباق در عملکرد دستگاه در فاصله دو دوره کالیبراسیون 	
<p>کالیبراسیون دوره‌ای تجهیزات پزشکی تحت ضوابط ابلاغی اداره کل تجهیزات و ملزومات پزشکی انجام می‌شود. قبل از شروع آزمون کالیبراسیون بایستی تاریخ اعتبار پروانه و زمینه صلاحیت شرکت براساس سامانه اداره کل تجهیزات و ملزومات پزشکی وزارت بهداشت ارزیابی شود. برای اجرای کالیبراسیون بیمارستان برنامه زمان‌بندی شده انجام کنترل کیفی را براساس دستورالعمل مدیریت نگهداشت قابل دسترسی در تارنمای IMED.IR را تدوین نموده و براساس آن عمل می‌نماید. پیش بینی زمان سنجی انجام کالیبراسیون و استعلام تعرفه خدمات آزمون و انجام آزمون کالیبراسیون و الصاق برچسبها مطابق دستورالعمل ابلاغی اداره کل تجهیزات و ملزومات پزشکی بایستی برنامه‌ریزی و انجام شود. حضور کارشناسان تجهیزات پزشکی جهت نظارت بر نحوه و عملکرد انجام آزمون و کسب اطمینان از کالیبراسیون ضروری است. همچنین تجهیزات که نتیجه کنترل کیفی آن‌ها مشروط و یا مردود ارزیابی شوند بایستی جمع آوری شده و تا زمان انجام اقدام اصلاحی تعمیرات لازم مورد بهره‌برداری قرار نگیرد. همچنین بایستی مستندات و سوابق اقدامات اصلاحی و نحوه مرتفع نمودن اشکالات گزارش شده و نتایج کالیبراسیون مجدد این دستگاهها نگهداری و نسبت به الصاق برچسب جدید اقدام شود.*</p>	

¹ Preventative Maintenance (PM)



سطح دو	الف-۷-۳-۷ * کاربران دائم و موقت در نوبت‌های کاری، بر اساس اصول نگهداشت و کاربری صحیح و ایمن از تجهیزات پزشکی استفاده می‌نمایند.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ آموزش کاربری ایمن و صحیح تجهیزات پزشکی توسط افراد ذیصلاح ❖ ارزیابی اثربخشی آموزش‌های ارائه شده توسط مسئول تجهیزات پزشکی بیمارستان ❖ اطّیاب گواهینامه الکترونیکی/ فیزیکی پس از گذراندن دوره‌های آموزشی کاربران آموزش دیده ❖ آگاهی و تسلط تمامی کاربران دائم و موقت تجهیزات پزشکی در تمامی نوبت‌های کاری در خصوص اصول نگهداشت و کاربری صحیح و ایمن تجهیزات پزشکی
	<p>➤ مراحل آموزش کاربری ایمن و صحیح تجهیزات پزشکی</p> <ol style="list-style-type: none"> ۱. تعیین فهرست تجهیزات پزشکی که کاربران برای استفاده از آن نیازمند آموزش هستند. ۲. پیش‌بینی تعهد آموزش اثربخش کاربران تجهیزات در مفاد قرارداد خرید و نظارت مسئول تجهیزات پزشکی بر اجرای دقیق آن ۳. تعیین نحوه آموزش، مسئول آموزش، مکان و مدت آموزش برای هر یک از تجهیزات پزشکی دارای برنامه آموزش کاربری ۴. تعیین مخاطبین آموزش به عنوان کاربران اصلی برای هر یک از تجهیزات پزشکی ۵. آموزش کاربران مطابق برنامه تدوین شده برای استفاده صحیح و ایمن از تجهیزات ۶. ارائه آموزش توسط افراد ذیصلاح که با توجه به نوع تجهیزات توسط نمایندگی رسمی/ کارشناس ستادی/ بیمارستان ۷. استفاده از وسایل کمک آموزشی مانند فیلم‌های آموزشی جهت استمرار آموزش‌های مورد نیاز ۸. صدور گواهینامه الکترونیکی/ فیزیکی پس از گذراندن دوره‌های آموزشی جهت کاربران تجهیزات پزشکی ۹. تعیین افراد مجاز کاربری تجهیزات بر اساس گواهینامه دوره‌های آموزشی صادر شده ۱۰. تهیه راهنمای اصلی تجهیزات، دفترچه راهنمای نگهداری و کاربری خلاصه شده‌ای به زبان فارسی توسط واحد تجهیزات پزشکی ۱۱. تهیه راهنمای تصویری کاربری سریع تجهیزات پزشکی و در دسترس بودن آن در مکان کاربری دستگاه‌های منتخب <p>راهنمای نگهداری و کاربری تجهیزات پزشکی باستی به زبان ساده و قابل فهم در تمامی بخش‌های درمانی و تشخیصی تهیه شود این مهم در بخش‌های اورژانس، اتاق عمل، بخش‌های مراقبت ویژه صورت ویژه برنامه‌ریزی شود. در مواردی که به تشخیص واحد تجهیزات پزشکی نیازی به نصب راهنما بر روی دستگاه نیست فایل الکترونیکی تهیه و در دسترس مستمر کاربران قرار گیرد.</p>
سطح دو	الف-۷-۳-۸ * تجهیزات پزشکی غیر فعال/ معیوب، نشانه‌گذاری شده و از جریان کار خارج می‌شوند.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ نشان گذاری تجهیزات پزشکی معیوب ❖ عدم وجود یا دسترسی کاربران به تجهیزات پزشکی معیوب در محل ارائه مراقبت/ خدمت ❖ عدم قرار گرفتن تجهیزات پزشکی معیوب در محدوده تجهیزات سالم ❖ نظارت مستمر کارشناسان واحد تجهیزات پزشکی بر خروج تجهیزات پزشکی غیر فعال/ معیوب از جریان کار
	<p>برای استقرار این استاندارد لازم است مسئول تجهیزات پزشکی بر جمع‌آوری تجهیزات مزاد، غیرفعال و معیوب، تعیین تکلیف آن‌ها و ثبت مستندات مربوطه نظارت نموده و از عدم دسترسی کاربران به تجهیزات پزشکی معیوب، غیرفعال در محل ارائه مراقبت/ خدمت اهم از خدمات سرپایی، بستری، اتاق‌های عمل، واحدهای پاراکلینیک اطمینان حاصل نماید. همچنین تجهیزات پزشکی مزاد، غیرفعال و معیوب نباید در محدوده تجهیزات سالم مانند تجهیزات یشتیان در بخش‌های بالینی و پشتیبانی اعم از واحد تجهیزات پزشکی و بخش‌ها قرار گیرد چراکه امکان استفاده نابجا از تجهیزات مزاد، غیرفعال و معیوب به جای تجهیزات سالم و آماده به کار محتمل می‌گردد. مستندات مبتنی بر فهرست تجهیزات مزاد، غیرفعال و معیوب و سرنوشت نهایی تجهیزات معیوب در واحد تجهیزات پزشکی ارزیابی می‌شود.</p>
سطح	الف-۷-۴ بیمارستان از انجام دیالیز بیماران با استفاده از تجهیزات استاندارد اطمینان حاصل می‌نماید.
سطح یک	الف-۷-۴-۱ مشخصات فنی و خدمات پشتیبانی دستگاه‌های همودیالیز، صافی‌های مصرفی و دستگاه‌های تصفیه اسمز معکوس مطابق ضوابط مربوط است. <ul style="list-style-type: none"> ❖ مطابقت مشخصات فنی انواع دستگاه‌های همودیالیز بیمارستان با مشخصات فنی ابلاغی وزارت بهداشت ❖ مطابقت مشخصات فنی صافی‌های مصرفی همودیالیز بیمارستان با مشخصات فنی ابلاغی وزارت بهداشت ❖ مطابقت مشخصات فنی انواع دستگاه‌های تصفیه اسمز معکوس بیمارستان با مشخصات فنی ابلاغی وزارت بهداشت
	<p>❖ بخشنامه شماره ۱۶۹۶/۴۰۰ مورخ ۱۳۹۰/۱۲/۲۱ معاون محترم درمان وزارت بهداشت، مشخصات فنی تمامی انواع دستگاه‌های همودیالیز بیمارستان در واحد تجهیزات پزشکی بررسی می‌شود.</p>
سطح یک	الف-۷-۴-۲ کنترل کیفیت آب دستگاه‌های تصفیه اسمز معکوس انجام می‌شود و در صورت هرگونه عدم انطباق اقدامات اصلاحی مؤثر به عمل می‌آید.
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ نمونه برداری از آب مصرفی دستگاه‌های دیالیز برای ارزیابی درجه سختی ❖ نمونه برداری از آب مصرفی دستگاه‌های دیالیز برای ارزیابی میکروبی‌شناسی <p>کارشناس بهداشت محیط با هماهنگی واحد تجهیزات فرایند نمونه برداری مستمر و انجام آزمایشات را برنامه‌ریزی نموده و سوابق نتایج نگهداری می‌شود.</p>