

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Assessment of Patient Safety in Hospitals

استانداردهای الزامی ایمنی بیمار



دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
معاونت درمان
اداره اقتصاددرمان و سیاستگزاری

تعریف ایمنی بیمار

- برنامه کیفیت و ایمنی بیمار یک چارچوب ارتقا عملکرد سیستماتیک و چند تخصصی است که به منظور محافظت بیماران در مقابل آسیب های احتمالی ناشی از هرگونه تعامل آنان با سیستم خدمات سلامت طراحی می گردد.

- **تعریف استانداردهای ایمنی بیمار:**

- **استاندارد های الزامی:** استانداردهایی هستند که برای رسمیت شناخته شدن بیمارستان به عنوان بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار، ضروری است به صورت ۱۰۰٪ تحقق یابند.

● **استاندارد اساسی:** شامل حداقل استانداردهایی هستند که بیمارستان باید برای ایمنی بیماران از آنها تبعیت کند. اگر چه تعیین سطح بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار بستگی به درصد استاندارد های اساسی محقق شده دارد ولی دستیابی به ۱۰۰٪ استانداردهای اساسی برای دریافت عنوان بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار سطح یک الزامی نیست. درصد استاندارد های اساسی محقق شده، جهت محک زنی داخلی برای مستند نمودن میزان پیشرفت در طی زمان حائز اهمیت می باشد.

● **استاندارد پیشرفته:** الزاماتی هستند که بیمارستان باید بسته به ظرفیت و منابع خود در جهت دستیابی به آنها به منظور تقویت خدمات ایمن اقدام نماید.

استانداردهای ایمنی بیمار در ۵ گروه اصلی ذیل قرار می گیرند:

- گروه A: حاکمیت و رهبری
- گروه B: جلب مشارکت و تعامل با بیمار و جامعه
- گروه C: خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد
- گروه D: محیط ایمن
- گروه E: آموزش مداوم

گروه بندی استانداردهای بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار

استانداردهای پیشرفته	استانداردهای اساسی	استانداردهای الزامی	مجموع استانداردها در هر گروه	گروه ها
7	20	9	36	A. رهبری و مدیریت (۶ زیرگروه: A1-A6)
10	16	2	28	B. جلب مشارکت بیمار و جامعه (7 زیرگروه: B1-B7)
8	29	7	44	C. خدمات بالینی ایمن مبتنی بر شواهد (6 زیرگروه: C1-C6)
0	19	2	21	D. محیط ایمن (2 زیرگروه: D1-D2)
5	6	0	11	E. آموزش مداوم (3 زیرگروه: E1-E3)
30	90	20	140	مجموع

سطح بندی بیمارستانهای دوستدار ایمنی بیمار

Hospital Level	Critical Standards	Core Standards	Developmental Standards
Level 1	100%	Any	Any
Level 2	100%	60-89%	Any
Level 3	100%	$\geq 90\%$	Any
Level 4	100%	$\geq 90\%$	$\geq 80\%$

ابزارهای ارزیابی

- بررسی مستندات (مکتوب و ...)
- مصاحبه با افراد (مدیران، بیماران و کارکنان)
- مشاهده شواهد عینی در محیط اعم از عملکردها، طراحی ها و ...

امتیازدهی

• امتیاز دهی بر اساس راهنما:

• احراز تبعیت کامل از استاندارد = ۱ امتیاز

• احراز تبعیت نسبی از استاندارد = ۰/۵ امتیاز

• احراز عدم تبعیت از استاندارد = ۰ امتیاز

مثالی برای امتیازدهی

A.1.1.1 "ایمنی بیمار" اولویت استراتژیک بیمارستان می باشد و به صورت برنامه عملیاتی تفصیلی در حال اجراست.

- در صورتی که "ایمنی بیمار" در بیمارستان یک اولویت استراتژیک می باشد و با استفاده از در قالب برنامه عملیاتی در حال اجراست بیمارستان **امتیاز کامل** را کسب می نماید.
- در صورتی که بیمارستان قسمتهایی از "برنامه ایمنی بیمار" (برای مثال: ایمنی محیط، تزریقات ایمن، ایمنی خون و جراحی ایمن) را در استراتژی خود لحاظ نموده و موارد مزبور بر اساس برنامه عملیاتی اجرا و پایش می شوند بیمارستان **امتیاز نسبی** را کسب می نماید.
- در صورتی که بیمارستان هیچ گونه شواهدی مبنی بر اولویت استراتژیک "ایمنی بیمار" و یا برنامه عملیاتی "ایمنی بیمار" ندارد **امتیازی تعلق نمی گیرد**.

**گروه A: حاکمیت و
رهبری**

زیر گروه A: ماکمیت و رهبری

حیطه فرعی

تعداد استانداردها

پیشرفته	محوری	الزامی	
۲	۳	۳	۱. مدیریت ارشد بیمارستان به ایمنی بیمار ملتزم می باشد .
۲	۵	۲	۲. بیمارستان برای ایمنی بیمار دارای برنامه می باشد .
۲	۲	۰	۳. بیمارستان از داده های جمع آوری شده به منظور بهبود ایمنی ارائه خدمات استفاده می نماید .
۱	۳	۳	۴. بیمارستان دارای وسایل و تجهیزات ضروری با کارکرد مناسب به منظور ارائه خدمات خود می باشد .
۰	۵	۱	۵. بیمارستان به منظور تأمین ایمنی بیشتر برای بیماران، در تمامی شیفت های کاری دارای کارکنان فنی واجد صلاحیت با مهارت های لازم است .
۰	۲	۰	۶. بیمارستان دارای خط مشی ها ، راهنماها و روش های استاندارد اجرایی (SOP) برای تمامی واحدها و نیز خدمات پشتیبانی است
۷	۲۰	۹	مجموع

A1

مدیریت ارشد بیمارستانی به ایمنی بیمار ملتزم می باشد.

عنوان

مدیریت ارشد

پاسخ دهنده اصلی

استاندارد الزامی

A.1.1.1 ایمنی بیمار در بیمارستان یک اولویت استراتژیک می باشد و در قالب برنامه عملیاتی تفضیلی در حال اجراست

A.1.1.2 یکی از کارکنان با اختیارات لازم به عنوان مسئول و پاسخگوی برنامه ایمنی بیمار در بیمارستان منصوب گردیده است .
(Senior Patient Safety Officer)

A.1.1.3 مدیریت ارشد بیمارستان به منظور بهبود فرهنگ ایمنی بیمار ، شناسایی خطرات موجود در سیستم و اعمال مداخله جهت ارتقاء فرصتها به طور منظم برنامه بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار را به اجرا می گذارد. (Walk Rounds)

کارشناس ایمنی بیمار

کارشناس ایمنی بیمار

بیماران، همراهان پرستار

A.1.1.1 ایمنی بیمار در بیمارستان یک اولویت استراتژیک می باشد و در قالب برنامه عملیاتی تفصیلی در حال اجراست

وجود حداقل یک هدف کلی در ارتباط با ارتقا استانداردهای ایمنی بیمار در برنامه استراتژیک بیمارستان

وجود برنامه عملیاتی تفصیلی در حال اجرا در ارتباط با ۱۹ استاندارد الزامی ایمنی بیمار و ۹ راه حل ایمنی بیمار

وجود جدول زمانبندی شده جهت دستیابی به اهداف مرتبط با ۱۹ استاندارد ایمنی بیمار

وجود گزارش مکتوب پایش برنامه عملیاتی به صورت سه ماه یک بار

وجود اقدام اصلاحی در خصوص هر یک از اهداف مرتبط با ۱۹ استاندارد الزامی ایمنی بیمار که در بازه مورد نظر قابل دستیابی نمی باشند.

آموزش تدوین برنامه عملیاتی در خصوص ۱۹ استاندارد ایمنی بیمار / ۹ راه حل ایمنی بیمار به سرپرستاران و روسای بخشهای بالینی

در مصاحبه از کارکنان (حداقل ۲ سرپرستار و ۲ رئیس بخش): لطفا بفرمایید اهداف مرتبط به ارتقا ایمنی بیمار در بخش شما چیست؟

اگر در خصوص ارتقا آنها برنامه عملیاتی دارید ، لطفا توضیح دهید در چه مرحله ای از این برنامه هستید؟

• مصاحبه مرتبط به برنامه عملیاتی هر یک از
استانداردهای ایمنی بیمار با توجه به
دامنه مخاطبین خط مشی های ذیربط در
بخش یا واحدهای مرتبط صورت می
گیرد.

A.1.1.2 یکی از کارکنان با اختیارات لازم به عنوان مسئول و پاسخگوی برنامه ایمنی بیمار در بیمارستان منصوب گردیده است . (Senior Patient Safety Officer)

● الزامات:

- ۱- دارا بودن حکمی که نشان دهد وی از مدیران ارشد بیمارستان است
- ۲- دارا بودن حداقل ۳ سال سابقه کار
- ۳- رونوشت شرایط احراز به تمام بخش ها و واحدها
- ۴- شرح وظایف کارشناس مسئول ایمنی بیمار حداقل شامل موارد ابلاغی وزارت متبوع
- ۵- حکم انتصاب مسئول و پاسخ گوی برنامه ایمنی بیمار و درج تفویض اختیار در خصوص ایمنی بیمار و لزوم پاسخ گویی مستقیم به رئیس بیمارستان در حکم یا ابلاغ مربوطه با امضای رئیس بیمارستان
- **در مصاحبه کارشناس ایمنی بیمار:**
- لطفا ساختار بیمارستان را برای ارتقا ایمنی بیمار، برای من شرح دهید؟
- **در مصاحبه از کارکنان:** مسئول و پاسخ گوی برنامه ایمنی بیمار در بیمارستان کیست؟ و چه کاری انجام می دهد؟

- در بررسی پرونده پرسنلی فرد تطابق شرایط احراز کارشناس مسئول ایمنی بیمار با حداقل موارد ابلاغی وزارت بهداشت بررسی می گردد

● **A113: مدیریت ارشد بیمارستان به منظور بهبود فرهنگ ایمنی بیمار، شناسایی خطرات موجود در سیستم و اعمال مداخله جهت ارتقا فرصت ها بطور منظم برنامه بازدید های مدیریتی ایمنی بیمار را به اجرامی گذارد**

● **الزامات:**

● **برنامه سالیانه بازدید مدیریتی ایمنی بیمار از بخش ها / واحدهای بیمارستانی با لحاظ موارد ملغی شده**

● **گزارش ها / صورت جلسات بازدید مدیریتی ایمنی بیمار در طی راند های مدیریتی با کارکنان صف در بخش ها و واحدهای بیمارستانی**

● **گفتگوی چهره به چهره در ارتباط با ایمنی بیمار ولو به مدت چند دقیقه صورت گرفته باشد.**

● **وجود لیست شماره تلفن و یا پست الکترونیک کارکنان**

● **بازخوراند مکتوب یا الکترونیک به کارکنانی که تهدیدات ایمنی بیمار حائز اهمیتی را ذکر نموده اند.**

- **در مصاحبه: فرهنگ ایمنی بیمار چیست؟**
- **در بیمارستان برای استقرار آن چه اقدامی صورت گرفته است؟**
- **تا به حال از بخش شما بازدید مدیریتی ایمنی بیمار انجام شده است؟**
- **چه کسانی در آن بازدید حضور داشتند؟**
- **نکته: روش انجام راند مدیریتی بر مبنای مشاهده و با استفاده از چک لیست نظارتی نباشد و نیز تنظیم گزارش ها / صورتجلسات بازدید مدیریتی ایمنی بیمار براساس یافته های چک لیست نظارتی نباشد.**

**بازدید
مدیریتی**

بازدید مدیریتی ایمنی بیمار

- **بازدید مدیریتی ایمنی در واقع یک شیوه غیر رسمی برای صحبت با کارکنان صف مقدم ارایه خدمت در رابطه با موضوعات مربوط به ایمنی بیمار است و عزم بیمارستان را در ایجاد و برقراری ارتباط باز و فرهنگ سازمانی عاری از سرزنش به منظور ایجاد ایمنی بیشتر برای ارائه کنندگان خدمات و بیماران در بیمارستان نشان می دهد ، بازدید ها با تأکید بر سیستم به جای تأکید بر افراد بوده و حمایت مدیران ارشد را از گزارش خطا نشان می دهد. ضمناً "شایان ذکر است در صورت عدم تمایل افراد شرکت کننده در بازدید بعضی از موضوعات مورد بحث فقط در بین جمع حاضر محرمانه باقی می ماند.**

اهداف بازدید مدیریتی:

- ایجاد باور و اعتقاد در کلیه کارکنان (مبنی بر این که خط مشی غیر تنبیهی در ارتباط با اتفاقات ناخواسته مرتبط به ایمنی بیمار مؤثر و عملی است).
- افزایش گزارش داوطلبانه اتفاقات ناخواسته دارویی و سایر اتفاقات ناخواسته.
- اجرای مداخلات اصلاحی مبتنی بر اطلاعات اخذ شده از بازدیدهای مدیریتی به منظور ارتقاء ایمنی بیمار.
- کاهش قابل ملاحظه وقوع اتفاقات ایمنی بیمار در سطح بیمارستان مبتنی بر پایش اتفاقات ناخواسته.

معیارهای موفقیت بر نامه

- پاسخ کارکنان صف و مدیران به پیمایش در زمینه فرهنگ ایمنی بیمار
- تعداد خطاهای گزارش شده در ماه از طریق سیستم های گزارش دهی داوطلبانه
- تعداد تغییرات و مداخلات ایمنی که در سال توسط مدیران انجام شده
- درصد تغییرات (روند) در اطلاعات کلی ناشی از پایش

• قوانین کلی مربوط به بازدیدهای مدیریتی:

• تصمیم‌گیری در خصوص اعلام قبلی زمان و مکان مورد بازدید در بیمارستان بر عهده هیئت مدیره بیمارستان خواهد بود همچنین تضمین و اطمینان بخشیدن کارکنان در ارتباط با محرمانه ماندن اطلاعات مورد بحث در بازدید های ایمنی بیمار الزامی است.

• مثالی از چهارچوب پیشنهادی انجام بازدید های مدیریتی ایمنی بیمار در بیمارستان:

• ابتدا جهت اطلاع رسانی برای شرکت کارکنان هر بخش و خلاصه دستورالعمل بازدید مدیریتی ۲ روز قبل از انجام بازدید روی تابلو اعلانات بخش مربوطه نصب گردد.

• مدت زمان جلسه بازدید مدیریتی ۲ ساعت می باشد که در یک ساعت اول آن ریاست محترم بیمارستان به منظور ارتقاء فرهنگ ایمنی بیمار سخنرانی کوتاهی در خصوص فرهنگ عاری از سرزنش و استاندارد ها بیان داشته و سپس ۸ سؤال مربوط به بازدید مدیریتی و نقاط قابل بهبود در ارزیابی را با کارکنان بخش مطرح می نمایند و در ساعت دوم نکات مربوطه به اجرایی شدن الزامات ایمنی بیمار و اعتبار بخشی در آن بخش مطرح می گردد

بازدید کنندگان:

- رئیس بیمارستان
- مدیر بیمارستان
- معاونت آموزشی (پست متناظر آن)
- معاون درمان
- مسئول اعتبار بخشی
- –مدیر پرستاری بیمارستان
- کارشناس هماهنگ کننده مدیریت خطر / کارشناس مسوول ایمنی بیمار

بازدید شونده‌گان

- روسای بخش‌های کلینیک، پاراکلینیک و سرپایی
- فراگیران تخصصی – فوق تخصصی
- رئیس گروه بالینی
- پرستاران و بهیاران بخش‌ها بر حسب مورد
- خدمات
- منشی
- بخش‌های

بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار از چه بخش هایی انجام می شود ؟

- بخش های بستری
- بخش اورژانس
- واحد رادیولوژی
- اتاق های عمل و CSR
- آشپزخانه
- داروخانه
- آزمایشگاه
- صندوق پذیرش

سوالاتی که در بازدید مدیریتی مطرح می شوند:

- ۱- با در نظر گرفتن چند روز گذشته آیا شما می توانید مورد ، مشکل و یا موضوعی را بیان نمایید که موجب طولانی شدن مدت بستری بیماری شده است ؟
- ۲- با در نظر گرفتن چند روز گذشته آیا شما می توانید اتفاق نزدیک به وقوعی را به یاد آورید که در صورت وقوع می توانست منجر به آسیب به بیمار شود ؟
- ۳- آیا اخیراً شما متوجه اتفاقی که به بیمار آسیب رسانیده است ، شده اید ؟
- ۴- کدام یک از جوانب محیطی می تواند به بیمار آسیب بزند ؟
- ۵- آیا ما می توانیم از آسیب بعدی به بیمار پیش گیری نماییم ؟
- ۶- از نظر شما کدام یک از عوامل سیستمی و یا محیطی سبب افزایش میزان خطر بروز اشتباهات می شوند؟
- ۷- چه مداخله ای از سوی مدیران ارشد سبب ایمن تر شدن ارائه خدمات شما می شود ؟
- ۸- به چه صورت می توان بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار را اثربخش تر نمود ؟

A2

بیمارستان برای ایمنی بیمار دارای برنامه می باشد .

پاسخ دهنده اصلی	برنامه ایمنی بیمار	عنوان
کارشناس مسئول ایمنی بیمار / مدیر بیمارستان	A.۲.۱.۱ یکی از مدیران میانی بیمارستان به عنوان هماهنگ کننده فعالیتهای ایمنی بیمار و مدیریت خطر منصوب شده است . (Patient Safety and Risk Management Coordinator)	
کارشناس مسئول ایمنی بیمار / مدیر بیمارستان	A.۲.۱.۲ بیمارستان جلسات ماهیانه کمیته مرگ و میر را بصورت مرتب برگزار می نماید .	استاندارد الزامی

A211: یکی از مدیران میانی بیمارستان به عنوان هماهنگ کننده فعالیت های ایمنی بیمار و مدیریت خطر منصوب شده است

- **رونوشت ابلاغ / حکم انتصاب کارشناس هماهنگ کننده فعالیت های ایمنی بیمار و مدیریت خطر با امضای ریاست بیمارستان به تمام بخش ها و واحدها**

- **رونوشت شرایط احراز به تمام بخش ها و واحدها**

- **شرح وظایف کارشناس مسئول ایمنی بیمار حداقل شامل موارد ابلاغی وزارت متبوع**

- **در بررسی پرونده پرسنلی فرد تطابق شرایط احراز کارشناس مسئول ایمنی بیمار با حداقل موارد ابلاغی وزارت بهداشت بررسی می گردد**

- **نکته : کارشناس ایمنی بیمار و هماهنگ کننده فعالیت های ایمنی بیمار و مدیریت خطر می تواند یک نفر باشد .**

۸.۲.۱.۲ بیمارستان جلسات ماهیانه کمیته مرگ و میر را بصورت مرتب برگزار می نماید .

- الزامات:
- ۱- تدوین خط مشی و روش کمیته مرگ و میر بر اساس راهنماهای ذیل توصیه می گردد:
- وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ، دفتر سلامت خانواده و جمعیت اداره سلامت مادران ، نظام کشوری مراقبت مرگ مادری ، ۱۳۸۵
- حبیب الهی عباس، راهنمای تشکیل کمیته دانشگاهی، شهرستان و بیمارستانی بررسی مرگ و میر پری ناتال و پایش شهرستان و بیمارستان، نظام کشوری مراقبت مرگ پری ناتال، اداره سلامت ۱۳۸۸،
- اداره سلامت نوزادان ، بسته خدمتی احیاء نوزاد

۸.۲.۱.۲ بیمارستان جلسات ماهیانه کمیته مرگ و میر را بصورت مرتب برگزار می نماید .

- لیست کردن مرگ های غیر منتظره و موربیدیتی ها در بیمارستان
- بررسی منظم همه موارد مرگ و میر و تحلیل ریشه ای علت مرگ در کمیته مرگ و میر و ارائه راه حل
- بررسی تحلیل ریشه ای علت موربیدیتی در کمیته ایمنی بیمار و ارائه راه حل
- پیگیری موارد قانونی و همکاری با پزشکی قانونی
- تهیه گزارشات کارشناسی برای ارسال بطور محرمانه به دانشگاه
- برخورد با مواردیکه قصور به وجود آمده است
- برگزاری کنفرانسهای آموزشی مرتبط با بیماریهای سرطان ،
مورتالیته و موربیدیتی و مرتبط با موضوعات کمیته در بیمارستان

● گزارش تمامی بیماریها در صورت نیاز (با توجه به مقررات وزارت بهداشت)

● آزمایش بافتی کلیه نمونه هایی که از بدن انسان زنده در بیمارستان نمونه برداری شده است (شامل بافتهای طبیعی و بافتهای اندامهای قطع شده)

● گزارش موارد بیماری سرطان و کلیه بیماریهایی که باید گزارش شوند

● آزمایش بافتی نمونه هایی که به صورت نکروپسی یا اتوپسی از بدن افراد متوفی نمونه برداری می شوند

● بررسی نتایج نهایی اعمال جراحی و سایر بیماریهایی که با نمونه برداری بافتی به تشخیص قطعی منتهی می شوند

● هدایت فعالیتهای درمانی و به ویژه اعمال جراحی از نظر انطباق با اندیکاسیون صحیح و مکفی بوده و اندازه برداشت نسوج در زمان اعمال جراحی (کمتر یا زیادتر نبودن از مقدار درمانی مورد نیاز)

● بررسی علل اصلی منتهی به مرگ و میر به ویژه در مواردیکه علت مرگ روشن نمی باشد و یا دلایل قانونی اقتضاء می نماید

۲.۱.۲ بیمارستان جلسات ماهیانه کمیته مرگ و میر را بصورت مرتب برگزار می نماید .

- برگزاری کمیته مرگ و میر و عوارض، آسیب شناسی و نسوج یکبار در ماه تشکیل می گردد و بسته به وضعیت بیمارستان احتمال برگزاری جلسات اورژانسی وجود دارد.
- صورتجلسات کمیته می بایست شامل :
 - فهرست حاضرین / غایبین
 - مهمترین موضوعات مطروحه
 - مصوبات ،مسئول پیگیری هر مصوبه و مهلت مقرر جهت اجرا
 - نتایج بررسی مصوبات جلسه قبل
 - تاریخ برگزاری جلسه فعلی و آتی



Sentinel
event

Accident
event

incident event

near miss

کمیته ایمنی بیمار

- تعهد به ایمنی بیمار یک رویکرد واضح و هماهنگ در راستای یکپارچه سازی عملکردهایی است که بر ایمنی بیمار در سازمان تأثیر می گذارند.
- برای اکثر بیمارستانها علی الخصوص بیمارستانهای بزرگ کمیته چند تخصصی ایمنی بیمار بهترین انتخاب در اجرای برنامه ایمنی بیمار است.
- گروههای زیاد بالینی و غیر بالینی در سازمانها و بیمارستانهای مختلف روی مباحث ایمنی کار کرده ولی یک رویکرد مشترک را در سر لوحه کار خود لحاظ نکرده اند و ممکن است با تلاشهای مضاعف و خسته کننده جهت رسیدن به هدف اقدام نمایند ولی کمیته ایمنی بیمار با بهبود ارتباط بین بخشی و بین سازمانی با تأکید به کار تیمی و هماهنگ کلیه فعالیت های ایمنی بیمار را هدفمند می نماید.

هدف کمیته ایمنی بیمار

- اجرای الویت های ایمنی بیمار و نظارت بر کار تیمی
- کمیته تسهیل گر در فرآیند کار تیمی و هماهنگی های مرتبط در حیطه ایمنی بیمار
- حفظ و انتشار Best practice ها درون و برون سازمانی
- ارائه مشاوره و همکاری و هماهنگی در خصوص پیاده سازی موارد مرتبط با ایمنی بیمار
- انتشار خطاهای پزشکی همراه با بهترین راهکارها
- ایجاد شبکه پست الکترونیک / مشاوره تلفنی در خصوص مسائل فوری
- ایجاد هماهنگی بین واحدهای مختلف

۸.۲.۱.۲ بیمارستان جلسات ماهیانه کمیته مرگ و میر را بصورت مرتب برگزار می نماید .

- در مصاحبه: در ارتباط با کاهش خطاهای پزشکی در بیمارستان شما چه اقداماتی صورت می گیرد؟
- کمیته مرگ و میر چند وقت یکبار برگزار می شود
- اعضا و دستور جلسه آن چیست؟
- لطفا در تدوین خط مشی و روش کمیته مرگ و میر و عوارض، آسیب شناسی و نسوج :
- اعضا کمیته ، روش انجام کار ،وظایف اعضا کمیته ،رئیس و دبیر اجرایی کمیته به وضوح مشخص گردد.
- همچنین نحوه چگونگی تحلیل ریشه ای مرگ و میر را نیز مشخص نمایید.
- موارد موربیدیتی در کمیته ایمنی بیمار و مرگ در کمیته مرگ و میر مورد تحلیل ریشه ای قرار می گیرد.

A4

بیمارستان ، دارای وسایل و تجهیزات ضروری با کارکرد مناسب
به منظور ارائه خدمات خود می باشد .

عنوان	تجهیزات و وسایل	پاسخ دهنده اصلی
استاندارد الزامی	A.۴.۱.۱ بیمارستان وجود تجهیزات ضروری را تضمین می نماید .	مدیر پرستاری / سرپرستار / پرستار
	A.۴.۱.۲ بیمارستان ضد عفونی فوری کلیه وسایل پزشکی با قابلیت استفاده مجدد را قبل از کاربرد تضمین می نماید	پرستار
	A.۴.۱.۳ بیمارستان دارای وسایل و تجهیزات کافی بمنظور تضمین ارتقاء ضد عفونی و استریلیزاسیون فوری می باشد .	مدیر پرستاری / پرستار / سرپرستار
استاندارد اساسی	A.۴.۲.۱ بیمارستان نگهداری دستگاهها و تجهیزات را به صورت پیش گیرانه، منظم و دوره ای، مدیریت می نماید (مانند کالیبراسیون) .	مدیر پرستاری / سرپرستار / مهندس تجهیزات پزشکی
	A.۴.۲.۲ بیمارستان بصورت منظم تجهیزات معیوب و خراب را تعمیر ، تعویض و یا از رده خارج می نماید .	پرستار / مهندس تجهیزات پزشکی
	A.۴.۲.۳ بیمارستان آموزش متناسب کارکنان را در ارتباط با تجهیزات موجود تضمین می نماید .	مدیر منابع انسانی) سوپر وایزر آموزشی) پزشک / پرستار
استاندارد پیشرفته	A.۴.۳.۱ بیمارستان از پمپ های هوشمند برای تجویز درست و ایمن داروها و محلولها استفاده می نماید .	مدیر پرستاری / سرپرستار

۴.۱.۱. بیمارستان وجود تجهیزات ضروری را تضمین می نماید .

• الزامات :

- وجود لیست تجهیزات ضروری سالم موجود جهت ارائه خدمات ضروری به تایید مسئولین فنی مربوطه به تفکیک بخش ها و
- فهرست تجهیزات و وسایل جایگزین پیش بینی شده (Backup)
- خط مشی و روش اجرا (اقدامات لازم در خصوص سلامت کارکرد دستگاه و نحوه تأمین دستگاههای ضروری در زمان خرابی آنها)

● ۴.۱.۱. بیمارستان وجود تجهیزات ضروری را تضمین می نماید.

● در مصاحبه :

● مدیریت خطر در بیمارستان را تشریح کنید؟

● در خصوص تضمین سلامت کارکرد تجهیزات چه اقدامی می شود؟

● در صورت خرابی یکی از تجهیزات حیاتی بخش چه می کنید؟

● می توانید لیست تجهیزات این بخش را به من نشان دهید؟

۲.۱.۴ A بیمارستان ضد عفونی فوری کلیه وسایل پزشکی با قابلیت استفاده مجدد را قبل از کاربرد تضمین می نماید

- **تدوین خط مشی و روش نحوه استریلیزاسیون با قابلیت استفاده مجدد در واحدهای پرخطر بیمارستان**
- **تعریف لیست و ابزارهای مصرفی جراحی در کلیه واحدهای بیمارستان و تقسیم بندی آنها بر اساس معیار spalding و تعریف فرآیند آلودگی زدایی مبنی بر سه روش cleaning، disinfection و sterilization**
- **لیست کردن و طبقه بندی محلولها، ابزارهای جراحی در بخشهای بیمارستان**
- **آموزش کلیه پرسنل مرتبط در خصوص نحوه ضد عفونی وسایل با استفاده مجدد، و اطلاع پرسنل غیر درمانی از فرآیند آن در مواقع ضروری. به نحوی که در صورت سوال از پرستار در خصوص ضد عفونی باتل ساکشن اظهار بی اطلاعی ننماید. و همچنین منفک کردن انجام ضد عفونی وسایل از پرسنل خدمات بیمارستان و واگذاری آن به کمک بهیاران/ بهیاران و لحاظ کردن این مقوله در شرح وظایف آنان**

- فرآیند آلودگی زدایی (Decontamination Process) به ترکیبی از فرآیند تمیز کردن ، ضد عفونی و استریلیزاسیون را گویند که جهت وسایل با استفاده مجدد کاربرد دارد

ارزیابی خطر: وسایل و ابزار از نظر حساسیت و نیاز به روش و نوع آلودگی زدایی به سه قسمت تقسیم می شوند (معیار spaulding)

مثال	فرآیند مناسب	تعریف	سطح خطر
تمیز کردن ، محلول ضد عفونی شیمیایی، شستشو	تمیز کردن ، محلول ضد عفونی شیمیایی، شستشو	وسایلی که با پوست و مخاط سالم در تماس هستند	غیر حیاتی
آندوسکوپی انعطاف پذیر، اسپکولوم واژینال، ماسک لارنژیال، تیغه لارنگوسکوپ	استریلیزاسیون / ضد عفونی شیمیایی سطح بالا	وسایلی که با غشاء مخاطی سالم در تماس هستند	نیمه حیاتی (semicritical)
وسایل جراحی / کاشتنی های جراحی	استریلیزاسیون	وسایلی که وارد بافت های استریل یا سیستم عروقی می شود	حیاتی (critical)

لیست و طبقه بندی محلولهای ضد عفونی کننده

ضد عفونی سطح بالا	ضد عفونی سطح بینابینی	ضد عفونی سطح پایین
Hydrogen Peroxide	دکونکس (Deconex Solarsept)	کلر هگزیدین
پرسیدین ۳ درصد	میکروزد ۳gph	دکونکس AF ۵۰
میکروزد الترا	میکروزد max-ld	دکونکس plus ۵۳
	میکروزد HD	
	(ژاول پارات) NADCC	
	بتادین	
	اسید استیک (Acetic Acid)	
	سیتریمید سی (savlon)	

A.۴.۱.۲ بیمارستان ضد عفونی فوری کلیه وسایل پزشکی با قابلیت استفاده مجدد را قبل از کاربرد تضمین می نماید

- **در مصاحبه: سیستم کنترل عفونت را در بخش خود تشریح نمایید؟**
- **برای پیشگیری از انتقال عفونت در بخش چه می کنید؟**
- **این وسایل را به چه نحوی استریل می کنید؟**
- **می توانید دستورالعمل مربوطه را نشان دهید؟**

۳.۱.۴. بیمارستان دارای وسایل و تجهیزات کافی بمنظور تضمین ارتقاء ضد عفونی و استریلیزاسیون فوری می باشد .

• فرآیندی موثر برای استریلیزاسیون وسایل پزشکی بحرانی است بمنظور استریل کردن اقلامی که بلافاصله مورد نیاز هستند و طی عمل جراحی ناگهان از دست جراح روی زمین افتاده و فرصت کافی برای استریل کردن وسیله با استفاده از بسته بندی به روش دلخواه وجود ندارد. این روش برای بعضی وسایل (مانند پیچ های ارتوپدی، پلیت ها و برای وسایل کاشتنی غیر قابل اجتناب باشد.

۳.۱.۴.A بیمارستان دارای وسایل و تجهیزات کافی بمنظور تضمین ارتقاء ضد عفونی و استریلیزاسیون فوری می باشد .

- **الزامات:**
- **لیست کردن تعداد ست های جراحی در اتاق عمل متناسب با اعمال جراحی روزانه**
- **لیست کردن تعداد وسایل موجود در ست ها به اضافه تک پیچ ها**
- **وجود خط مشی و روش استریلیزاسیون فوری**
- **در صورت وجود فلش اتوکلاو فهرست مواد و تجهیزات ضروری**
- **در مصاحبه: در صورتیکه نیاز به استریل کردن یکی از این وسایل را داشته باشید چه می کنید؟**
- **می توانید دستورالعمل مربوطه را نشان دهید؟**

A5

بیمارستان به منظور تأمین ایمنی بیشتر برای بیماران، در تمامی شیفت های کاری دارای کارکنان فنی واجد صلاحیت با مهارت های لازم است

پاسخ دهنده اصلی	کارکنان متخصص و واجد صلاحیت فنی به منظور تأمین ایمنی بیشتر برای بیماران	عنوان
مدیر بیمارستان	A.۵.۱.۱ جهت ارائه خدمات درمانی کادر بالینی حائز شرایط توسط کمیته مربوطه به صورت ثابت و موقت استخدام و بکار گمارده می شوند	استاندارد الزامی
مدیر پرستاری / سر پرستار	A.۵.۲.۱ همواره سطح تخصص پرسنل و تعداد ایشان باید پاسخگوی نیاز بیمار باشد.	استاندارد اساسی
مدیر بیمارستان	A.۵.۲.۲ بمنظور تأمین و بر آوردن نیازهای بیماران ، کارکنان پشتیبانی آموزش دیده و متناسب به میزان کافی موجودند .	
مدیر بیمارستان	A.۵.۲.۳ وفق قوانین کشوری کار و باهدف ارائه ایمن خدمات به کارکنان اجازه داده می شود که در شیفت کاری خود فرجه استراحت کافی داشته باشند.	
مدیر بیمارستان	A.۵.۲.۴ دانشجویان و کارآموزان تحت نظارت مناسب و درحیطه مهارت و شایستگی های خود ارائه خدمت می نمایند .	
کارکنان واحد بهداشت حرفه ای	A.۵.۲.۵ برنامه بهداشت حرفه ای برای کلیه کارکنان اجرا می شود	

**۱.۱.۵. A جهت ارائه خدمات درمانی کادر بالینی حائز شرایط توسط
کمیته مربوطه به صورت ثابت و موقت استخدام و بکار گمارده می شوند**

• الزامات:

**• وجود پروانه دائم و تأییدیه دانشگاه در ارتباط با متخصصین و فوق تخصصین
بیمارستان (قراردادی - هیئت علمی و....)**

**• وجود مدارک تحصیلی مرتبط در پرونده پرسنل
پرستاری و سایر کادر پیراپزشکی بیمارستان (طرحی -
استخدام قراردادی - پیمانی - رسمی - رسمی آزمایشی)**

**• در ارزیابی افرادی به صورت تصادفی از برنامه کاری
موجود در بخش ها یا واحدهای بیمارستان انتخاب گردیده
و در کارگزینی پرونده آنان بررسی می گردد.**

● **A.5.1.1 جهت ارائه خدمات درمانی کادر بالینی حائز شرایط توسط کمیته مربوطه به صورت ثابت و موقت استخدام و بکار گمارده می شوند.**

● **در مصاحبه از مدیر بیمارستان :**

● **لطفا بفرمایید برای استخدام ثابت و موقت پزشکان چه مدارکی درخواست می کنید؟**

● **صحت مدارک پزشکان و کادر پیرا پزشکی و ... را به چه صورتی بررسی می کنید؟**

**گروه B: جلب مشارکت و
تعامل با بیمار و جامعه**

زیر گروه ها

تعداد استانداردها			حیطه فرعی
پیشرفته	محوری	حیاتی	
۱	۳	۰	۱. B: ایمنی بیمار در منشور حقوق بیمار و خانواده وی لحاظ شده است.
۲	۳	۱	۲. B: بیمارستان با ارتقاء سطح آگاهی بیماران و همراهانشان در زمینه سلامت ، به آنان قدرت و امکان مشارکت در اتخاذ تصمیم صحیح در مورد نحوه درمان خود را می دهد.
۱	۱	۱	۳. B: بیمارستان شناسایی صحیح هویت بیمار و تایید آن را در تمامی مراحل درمان تضمین می نماید.
۱	۳	۰	۴. B: بیمارستان در فعالیتهای مختلف ایمنی، بیمار و جامعه و عموم مردم را مشارکت می دهد.
۲	۰	۰	۵. B: بیمارستان وقایع مرتبط به ایمنی بیمار را با بیماران و همراهانشان در میان می گذارد.
۳	۲	۰	۶. B: بیمارستان بیماران را نسبت به طرح مسائل، انتقاد و بیان دیدگاههایشان تشویق می کند.
۰	۴	۰	۷. B: فضای حاکم بر بیمارستان فضای دوستدار ایمنی بیمار است .
۱۰	۱۶	۲	مجموع

B2

بیمارستان با ارتقاء سطح آگاهی بیماران و همراهانشان در زمینه سلامت، به آنان قدرت و امکان مشارکت در اتخاذ تصمیم صحیح در مورد نحوه درمان خود را می دهد.

پاسخ دهنده اصلی	آگاهی سلامتی	عنوان
پرستار پزشک	B2.1.1 پزشک قبل از انجام هر گونه اقدام درمانی و تشخیصی تهاجمی، کلیه خطرات، منافع و عوارض جانبی احتمالی درمان را به بیمار توضیح داده و با حضور پرستار، بیمار برگه رضایت نامه را امضاء می نماید	استاندارد حیاتی
مسئول ارتقاء سلامت بیمار	B.2.2.1 بیمارستان به تمامی بیماران خود و خانواده شان در مورد مشکل اختصاصی سلامتی آنان و موضوعات عمومی ایمنی بیمار آگاهی می دهد.	استاندارد محوری
پزشک پرستار بیمار	B.2.2.2 تمامی بیماران اطلاعات کامل و روزآمد مرتبط به تشخیص و درمان خود را از پزشک معالجتشان اخذ می نمایند.	
بیمار پرستار	B.2.2.3 بیمارستان به همراهان بیمار نحوه مراقبت پس از ترخیص بیمار را آموزش می دهد.	
کارشناس مسئول ارتقاء سلامت بیمار پرستار بیمار	B.2.3.1 بیماران در برنامه ریزی و تصمیم گیری در مورد مراقبت سلامت درمان خود مشارکت می کنند.	استاندارد پیشرفته
مسئول ارتقاء سلامت بیمار	B.2.3.2 بیمارستان دارای وب سایت مراقبت سلامت درمان می باشد و بیماران به آن دسترسی دارند.	

تعریف رضایت آگاهانه

- رضایت آگاهانه عبارتست از توافق آزادانه (و ابطال پذیر) فرد واجد صلاحیت (بیمار) مبنی بر مشارکت در تصمیم گیری درمانی (یا تحقیقاتی) بدنبال آگاهی از ماهیت، هدف و الزامات آن با اعتقاد به تاثیر این مشارکت در انتخاب موثرترین و مفیدترین روش درمانی.

تعریف اقدام تهاجمی - تشخیصی:

- به اقداماتی گویند که در طی انجام برش یا منفذ روی پوست، غشای مخاطی، بافت همبند ایجاد شده و یا اینکه ابزارهایی از منافذ طبیعی بدن وارد می شود.

- اقدامات تهاجمی شامل یک طیف از اقدامات تهاجمی پوستی با کمترین شدت (بیوپسی، اکسزیون، کرایوتراپی عمیق برای ضایعات بدخیم، جایگزینی پروپ یا کاتتر، ورود به حفرات بدن از طریق سوزن یا تروکار) تا پیوندهای چندگانه پیشرفته را شامل می شود

• B2.1.1 پزشک قبل از انجام هر گونه اقدام درمانی و تشخیصی تهاجمی، کلیه خطرات، منافع و عوارض جانبی احتمالی درمان را به بیمار توضیح داده و با حضور پرستار، بیمار بر گه رضایت نامه را امضاء می نماید

• الزامات:

• مستند لیست اقدامات تهاجمی - تشخیصی به تفکیک بخشها و واحد های پاراکلینیک (آندوسکوپی، رادیولوژی، پزشکی هسته ای و...)، درمانگاه دندانپزشکی و... بیمارستان که به تأیید سرپرست علمی هر واحد (رئیس بخش / معاون آموزشی بخش) رسانده شود.

• - تدوین رضایت آگاهانه با تأکید بر تعریف بیماری، درمان جایگزین و پیامدهای احتمالی، امضا و اثر انگشت بیمار و شاهد (یکی از وابستگان درجه یک بیمار)، تاریخ، امضا و مهر پزشک معالج که به تأیید سرپرست علمی (ریاست - معاون آموزشی) هر بخش / واحد رسانده شود که آنان نیز به طور آبخاری جهت اجرایی شدن اخذ رضایت آگاهانه از فراگیران تخصصی - فوق تخصصی مطالبه نمایند.

- **– مستندات آموزش پزشکان معالج در راستای رضایت آگاهانه**
- **– نکته: اخذ رضایت آگاهانه در قسمت پذیرش بیمارستان مورد تأیید نمی باشد و برائت نامه نبایستی در برگه رضایت آگاهانه از بیمار اخذ گردد.**
- **در مصاحبه:**

- فرایند بیمارستان برای اخذ رضایت آگاهانه از بیمار ان چیست؟
- برای تضمین اینکه بر روی بیمار صحیح اقدام درمانی را انجام دهید چه فرآیندی را دنبال می کنید؟
- خط مشی و روش اجرایی آن را نشان دهید؟
- در چه اقدامات درمانی حتما از بیمار رضایت آگاهانه را اخذ می نمایید؟
- در خصوص چه مواردی به بیمار توضیح می دهید؟

B3

بیمارستان شناسایی صحیح هویت بیمار و تایید آن را در تمامی مراحل درمان تضمین می نماید.

عنوان	شناسایی هویت بیمار	پاسخ دهنده اصلی
استاندارد حیاتی	B.۳.۱.۱ قبل از انجام هر گونه پروسیجر درمانی، تشخیصی و آزمایشگاهی، تجویز دارو و یا ترانسفوزیون خون و فرآورده های خونی، کلیه بیماران و به ویژه گروههای در معرض خطر من جمله نوزادان ، بیماران دچار اختلالات هوشیاری و یا سالمندان حداقل با دو شناسه شامل نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد به صورت فعال شناسایی ومورد تأیید قرار می گیرند (هیچگاه شماره اتاق بیمار یکی از این شناسه ها نمی باشد).	پرستار
استاندارد محوری	B.۳.۲.۱ سیستمی برای شناسایی هویت بیماران مبتلا به آلرژی (به عنوان مثال سیستم کد بندی رنگی) موجود است.	پرستار
استاندارد پیشرفته	B.۳.۳.۱ بیمارستان برای شناسایی هویت بیماران از سیستم بارکد یا استفاده از اثر انگشت استفاده می کند.	کارشناس ایمنی بیمار

۱.۱.۳. B قبل از انجام هر گونه پروسیجر درمانی، تشخیصی و آزمایشگاهی، تجویز دارو و یا ترانسفوزیون خون و فرآورده های خونی، کلیه بیماران و به ویژه گروههای در معرض خطر من جمله نوزادان ، بیماران دچار اختلالات هوشیاری و یا سالمندان حداقل با دو شناسه شامل نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد به صورت فعال شناسایی ومورد تأیید قرار می گیرند (هیچگاه شماره اتاق بیمار یکی از این شناسه ها نمی باشد).

- تدوین خط مشی و روش اجرایی شناسایی صحیح بیماران به تفکیک واحد پذیرش ، فن آوری اطلاعات، بخشهای بستری سرپایی پاراکائینیک
- **وجود نام نام خانوادگی بیمار و شماره پرونده بیمار در تمامی اوراق پرونده درج گردد**
- **شناسه های مندرج بر مچ بند شناسایی در کل بیمارستان یکسان و شامل نام نام خانوادگی نام پدر (درمورد اسامی مشابه) و تاریخ تولد به روز ، ماه و سل و شماره پرونده باشد.**
- **شناسایی فعال بیماران در زمان ارائه خدمات توسط کادر بالینی**

- در بیمارستانهایی که بخش روانپزشکی دارند در خصوص مچ بند شناسایی بیمار می تواند با سرپرست های علمی و روسای بخشهای مربوطه تعامل نمایند.
- اولین مرحله شناسایی بیمار در واحد پذیرش صورت می گیرد لذا متصدیان مربوطه می بایست در خصوص ماهیت مچ بند شناسایی اطلاع رسانی نمایند.
- ضروریست بیمار دریافت باند شناسایی را در پرونده بصورت کتبی و امضاء تأیید نماید.
- بیمارانیکه بیش از ۱۴ روز در بخش بستری هستند مثل بیمارانیکه در icu یا در بخش ارتوپدی بستری هستند می بایست مچ بند تعویض گردد.

- در مصاحبه: برای تضمین اینکه بر روی بیمار صحیح اقدام درمانی را انجام دهید چه فرآیندی را دنبال می کنید؟
- خط مشی و روش مربوطه را نشان دهید؟
- در چه اقداماتی حتما بیمار را شناسایی می کنید؟

**C: استانداردهای خدمات
بالینی ایمن و مبتنی بر
شواهد**

تعداد استانداردها			زیر گروه	گروه
پیشرفته	اساسی	الزامی		
1	8	2	C.۱ بیمارستان دارای سیستم بالینی اثربخشی می باشد که ایمنی بیمار را تضمین می نماید .	C: استانداردهای خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد
0	9	2	C.۲ بیمارستان دارای سیستمی به منظور کاهش خطر ابتلاء به عفونت های مکتسبه از خدمات سلامت است (HAI) .	
2	3	2	C.۳ بیمارستان ایمنی خون و فرآورده های خونی را تضمین می نماید.	
0	1	0	C.۴ بیمارستان تجویز ایمن محلول ها و داروهای تزریقی و واکسیناسیون را تضمین می نماید.	
1	4	1	C.۵ سیستم دارویی بیمارستان ایمن می باشد .	
4	4	0	C.۶ سیستم مدارک پزشکی بیمارستان کامل است	
8	29	7	جمع	

امتیاز نهایی	مصاحبه شونده اصلی	جوانب عمومی ایمنی خدمات بالینی	عنوان	C.۱
		بیمارستان دارای سیستم بالینی اثربخشی می باشد که ایمنی بیمار را تضمین می نماید.	روش بررسی	
		بیمارستان دارای نظام بالینی متشکل از راهنماهای ارتباطی و بالینی متناسب می باشد که شناسایی مناسب بیماران آسیب پذیر را تضمین می نماید.	توضیح و استدلال	
	پزشک پرستار	C.۱.۱.۱ بیمارستان به منظور اعلام اضطراری نتایج حیاتی آزمایشات، کانال های ارتباطی آزاد پیش بینی کرده است.	استاندارد الزامی	
	کارشناس ایمنی بیمار	C.۱.۱.۲ بیمارستان دارای روال های مطمئن ، برای اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیکی به بیماران بعد از ترخیص می باشد .		

مقادیر بحرانی به مقادیری اطلاق می گردد که نتایج آزمایشات در خارج از مقادیر طبیعی و محدوده هشدار قرار گیرند و گزارش فوری آن ها می تواند بر وضعیت سلامت و نحوه درمان بیمار نقش بسزایی داشته باشند.

C.1.1.1 بیمارستان به منظور اعلام اضطراری نتایج حیاتی آزمایشات، کانال های ارتباطی آزاد پیش بینی کرده است.

۱- تدوین خط مشی و روش نتایج و موارد بحرانی در آزمایشگاه، رادیولوژی که به تأیید سرپرست علمی واحد یا بخش مربوطه رسیده باشد مثلاً آیا سرپرست علمی زنان می پذیرد که حاملگی خارج رحمی مشاهده شده در سونوگرافی در ظرف کمتر ۳ ساعت گزارش گردد یا خیر و یا مشخص کردن حد با لا و پایین آزمایشات بطور مثال Cr بالای ۵ در نوزادان به عنوان panic value تعریف گردد و مورد تأیید پزشک نوزادان می باشد؟؟؟

۲- وجود کانال ارتباطی آزاد به منظور اعلام اضطراری نتایج بحرانی به گونه ای که کسی نتواند از بیرون با آن تلفن در آزمایشگاه و رادیولوژی و بخش ها تماس بگیرد و اشغال گردد

□ مستندات

1. وجود خط مشی و روش های اجرایی به منظور اعلام اضطراری نتایج تست های پاراکلینیکی حیاتی)
2. وجود خط مشی و روش های اجرایی دستورات شفاهی و تلفنی
 - READ BACK
3. فهرست خطوط تلفن نصب شده در بالای سر گزارش دهنده و تکنسین پاراکلینیک
4. فهرست مقادیر بحرانی با اجماع نظر متخصصین هر رشته و متخصص پاراکلینیک الصاق شده بر دیوار واحد های مختلف آپاراکلینیک

□ امکانات

- خطوط تلفن یکطرفه از آزمایشگاه و پاراکلینیک به بخش ها

□ مشاهده

- تطابق موارد با خط مشی و روش های اجرایی

□ مصاحبه

- آگاهی کادر پاراکلینیک و بخش ها از روش اجرایی

▪ آگاهی پرسنل پرستاری از READ BACK

مصاحبه

بیمارستان به منظور اعلام اضطراری آزمایشات چه روشی را دنبال می کند؟
می توانید محتوی پروسیجر را بگویید؟
READ BACK را چگونه انجام می دهید؟

۱.۱.۲ بیمارستان دارای روال های مطمئن ، برای اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیکی به بیماران بعد از ترخیص می باشد .

تعریف روالی مطمئن در واحد پاتولوژی و بخشهای بیمارستان جهت گزارش نتایج بحرانی به گونه ای که بیمارستان بیمار را detect نماید نه اینکه بیمار خود جهت اخذ نتایج ۱۰ روز پس از ترخیص به بیمارستان مراجعه نماید

۱- تدوین خط مشی و روش اجرایی

در مصاحبه :بیمارستان به منظور اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیکی به بیماران چه روشی را دنبال می کند ؟
دفتر ثبت موارد قبلی را نشان دهید؟

□ مستندات

1. وجود خط مشی و روش ها به منظور اطمینان از اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیک (آزمایشگاه- رادیولوژی و سیتوپاتولوژی) به بیماران و مراقبین آنان بعد از ترخیص از بیمارستان)

▪ در بخش سرپایی و بستری

▪ در دو محدوده غیر طبیعی و بحرانی

2. دفتر ثبت موارد گزارش شده (حداقل به مدت شش ماه مداوم) و تطابق آن با بیماران

□ مصاحبه

▪ آگاهی کادر پاراکلینیک و بخش ها از روش اجرایی

□ مشاهده

▪ تطابق عملکرد کادر پاراکلینیک با روش اجرایی

امتیاز نهایی	مصاحبه شونده اصلی	سیستم کاهش عفونت های (HAI) مکتسبه از خدمات سلامت	عنوان	۰۲ C
		بیمارستان دارای سیستمی به منظور کاهش خطر ابتلاء به عفونت های مکتسبه از خدمات سلامت (HAI) است .	روش بررسی	
		به منظور کاهش معلولیت ، مرگ و میر و سایر عوارض منفی ناشی از عفونت های مکتسبه از خدمات سلامت (HAI)	توضیح و استدلال	
	کارشناس (پرستار) پیش گیری و کنترل عفونت	C.۲.۱.۱ بیمارستان دارای برنامه پیشگیری و کنترل عفونت مشتمل بر چارت سازمانی ، برنامه عملیاتی ، راهنماها و کتابچه راهنما می باشد .	استاندارد الزامی	
	کارشناس (پرستار) پیش گیری و کنترل عفونت	C.۲.۱.۲ بیمارستان تمیزی ، ضد عفونی و استریلیزاسیون مناسب کلیه تجهیزات را ، با تأکید خاص بر واحدها و بخش های پر خطر تضمین می نماید.		

۲.۱.۱. بیمارستان دارای برنامه **پیشگیری** و **کنترل عفونت** مشتمل بر چارت سازمانی ، برنامه عملیاتی ، راهنماها و کتابچه راهنما می باشد .

در چارت سازمانی مصوب بیمارستان نمادی از پیشگیری و کنترل عفونت (کمیته کارشناسی) لحاظ شده باشد و اهداف و مأموریت های کمیته پیشگیری و کنترل عفونت مشخص گردد.

— وجود برنامه عملیاتی کنترل عفونت و پایش آن ، وجود برنامه بهبود در خصوص موارد قابل بهبود در بیمارستان در راستای کنترل عفونت

— صورتجلسات کمیته کنترل عفونت به طور ماهانه برگزار گردد. آئین نامه کنترل عفونت با تأکید بر لیست اعضا، شرح وظایف رئیس ، اعضا و دبیر کمیته کنترل عفونت و نحوه انجام کار کمیته و همچنین قوانینی در خصوص پی گیری مصوبات جلسه قبلی و اینکه یک مصوبه تا چند بار قابلیت پیگیری دارد و برخورد بیمارستان در خصوص پرسنلی که غیبت می کنند چگونه است و.....

- تدوین خط مشی روشهای ایزولاسیون و احتیاطات استاندارد

۲.۱.۱. بیمارستان دارای برنامه **پیشگیری و کنترل عفونت** مشتمل بر چارت سازمانی، برنامه عملیاتی، راهنماها و کتابچه راهنما می باشد.

در صورتیکه بیمارستان در نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی کشوری گزارش دهی دارد بایستی نرخ عفونت های بیمارستانی مورد گزارش به سطوح بالادستی سازمان منطقی و مطابق با واقعیت ماهیت بیماری و تعداد بیماران بستری در بخش های ویژه باشد

نکته: در هنگام وقوع طغیان عفونت های بیمارستانی گزارش دهی به سازمان بالادستی وجود داشته باشد.

- در خصوص تضمین پایش آنتی بیوگرام می توانند با همکاری فارماسیست دارویی، پزشک و سوپروایزر کنترل عفونت، مسئول آزمایشگاه و سرپرست بخشهای بالینی راهنمای بالینی مصرف منطقی آنتی بیوتیک تدوین نمایند.

- گزارش ماهانه مقاومت میکروبی آنتی بیوتیک ها به روسای بخشهای بالینی
- مستند حکم و ابلاغ پزشک و سوپروایزر کنترل عفونت به همراه شرایط احراز

بهداشت دست: بررسی میزان پایه براساس پک لیست ، هدف گذاری و نوشتن برنامه بهبود، وجود یادآورها بهداشت دست، وجود دیسپنسرهای HAND RUB در بخش ها و واحدهای بیمارستانی /سیبک دستشویی به نسبت بیماران بستری و مراجعین اورژانس، وجود یک سینک دستشویی به نسبت هر ۱۰ بیمار بستری با شرایط(صابون جامد/مایع، وسیله جهت خشک کردن دست و وجود دیسپنسر در بالین بیمار و اتاق درمان ، دیسپنسر پرو سالم و....

مصاحبه

ساختار کنترل عفونت بیمارستان چیست؟
اعضای کمیته پیش گیری و کنترل عفونت چه افرادی هستند؟
برنامه کنترل عفونت بخش شما چیست؟

بخش های پر خطر

آندوسکوپی
دندانپزشکی
دیالیز

۲.۱.۲ بیمارستان تمیزی ، ضد عفونی و استریلیزاسیون مناسب کلیه تجهیزات را ، با تأکید خاص بر واحدها و بخش های پر خطر تضمین می نماید.

- تدوین خط مشی و روش ضد عفونی و استریلیزاسیون کلیه وسایل واحد در CSSD با تأکید بر قسمت کیف تمیز و استریل
- کنترل روزانه سنجه های چرخه زمان، دما، فشار دستگاههای استریل کننده توسط کاربران CSSD و بخش مهندسی پزشکی در بازدیدهای دوره ای
- مستندات مربوط کنترل مکانیکی دستگاهها در CSSD
- انجام روزانه آزمون بووی - دیک بر روی استریل کننده های حاوی پری و کیوم
- انجام آزمون اسپور (اسپور زنده باکتریایی) به صورت هفتگی برای استریل کننده ها
- انجام آزمون های اسپور در زمان راه اندازی دستگاه استریل کننده و پس از هر بار تعمیر کلی
- وجود شاخص بیولوژیک در هر بار جایگذاری اسباب تجهیزات حاوی ایمپلنت
- وجود شاخص های شیمیایی در هر بسته یا پک استریل و نصب بیواندیکاتورها در پرونده بیماران
- وجود امکانات شستشوی دست در مکان های آلوده، غیر آلوده، مکان استریل سازی و سرویس های بهداشتی، وجود دارد.
- تدوین خط مشی و روش کاربرد دستگاه اولتراسوند، پرفشار آب در سینک گند زدایی، پرفشار هوا برای خشک کردن، دستگاه شستشوی وسایل

مصاحبه

سابقه کار شما در واحد CSSD چند سال است؟
چه آموزشهایی در ارتباط با ارتقا کیفی استریلیزاسیون دیده
اید؟

مسیر کثیف به استریل را برای من بگویید؟

امتیاز نهایی	مصاحبه شونده اصلی	ایمنی خون و فرآورده های خونی	عنوان
		بیمارستان ایمنی خون و فرآورده های خونی را تضمین می نماید.	روش بررسی
		بیمارستان دارای نظامی به منظور اجتناب از بروز وقایع ناخواسته ناشی از ترانسفوزیون خون و فرآورده های خونی غیر ایمن می باشد .	توضیح و استدلال
	مدیر بانک خون	c.۳.۱.۱ بیمارستان راهنماهای معتبر از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت را در زمینه خون و فرآورده های خونی ایمن اجرا می نماید .	استاندارد الزامی

۱.۱.۳. بیمارستان راهنماهای معتبر از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت را در زمینه خون و فرآورده های خونی ایمن اجرا می نماید .

مستند حکم و شرح وظایف پزشک هموویتزانس

مستند گواهینامه استقرار نظام مراقبت از خون (سیستم هموویتزانس) ویژه مراکز درمانی صادره از سازمان انتقال خون ایران

مستند خط مشی و روش خون و فرآورده های خونی در سه سطح قبل ، حین و بعد از تزریق

قبل از تزریق خون موارد مربوط به نحوه انتقال خون و فرآورده در داخل و خارج سازمان، نحوه نمونه گیری ، موارد مربوط در خواست خون و فرآورده ها در حالت اورژانسی و و موارد مربوط به تکمیل فرمها ، موارد مربوط به آزمایشگاه در خصوص کراس ماچ و آنتی بادی screening ونحوه ذخیره خون و فرآورده های خونی در بانک خون ، موارد مربوط به بخش های بستری و اتاق عمل و...، هماهنگ بودن شماره پرونده یا کد پذیرش ثبت شده در برگه ها یا فرمهای درخواست از بخش و آزمایشگاه با همان شماره پرونده یا کد پذیرش ثبت شده در مچ بند شناسایی بیمار

موارد حین تزریق خون: موارد مربوط به کنترل بارکد روی کیسه خون توسط دو پرسنل و نصب در پرونده بیمار ، انجام کلیه موارد و احتیاطات لازم قبل از تزریق خون مثل کنترل نام و نام خانوادگی بیمار به صورت فعال با بیمار ، پرونده و مچ بند شناسایی توسط دو پرستار، آماده کردن ست تزریق خون ، شستن دست و....، نحوه دسترسی به پزشک هموویتزانس در صورت بروز مشکل ، نحوه گزارش دهی عوارض ناخواسته خونی و..

۱.۱.۳. بیمارستان راهنماهای معتبر از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت را در زمینه خون و فرآورده های خونی ایمن اجرا می نماید

موارد مربوط به پس از تزریق خون و فرآورده های خونی، نحوه دفع کیسه های خونی علی الخصوص در بیمارستانهایی که سیستم هموویژلانس دارند می بایست به بانک خون تحویل و جهت امحاء آنها بانک خون می بایست با کارشناس بهداشت هماهنگ نماید.

گزارش عوارض ناخواسته خون و فرآورده ها در کمیته طب انتقال خون و انجام مداخلات لازم جهت کاهش عوارض مربوطه

تدوین راهنمای بالینی توسط جمعی از خبرگان در خصوص مصرف منطقی خون و فرآورده های خونی مثلاً "اینکه برای عمل جراحی بینی بی منطق ۲ واحد خون رزو نگردد و جهت رزو آن معیاری وجود داشته باشد

امتیاز نهایی	مصاحبه شونده اصلی	سیستم مدیریت داروئی	عنوان	C.۵
		سیستم داروئی بیمارستان ایمن می باشد.	روش بررسی	
		بیمارستان به منظور تضمین ایمنی بیمار دارای سیستم مدیریت داروئی می باشد.	توضیح و استدلال	
	داروساز ارشد (رئیس دارو خانه)	C.۵.۱.۱ بیمارستان دسترسی به داروهای حیاتی را در تمامی اوقات شبانه روز (۲۴ ارشد) تضمین می نماید.	استاندارد الزامی	

C.۵.۱.۱ بیمارستان دسترسی به داروهای حیاتی را در تمامی اوقات شبانه روز (۲۴ ساعته) تضمین می نماید.

استخراج داروهای حیاتی به تفکیک بخش های بیمارستانی و تأییدیه سرپرست علمی بخشهای مربوطه و تعریف تعداد و نقطه سفارش کل داروهای حیاتی در داروخانه بیمارستان به گونه ای که بیماران دسترسی به داروهای حیاتی را در تمام اوقات شبانه روز تأیید نمایند.

- ۱- وجود داروهای حیاتی بر اساس لیست در بخش ها
- ۲- وجود داروهای حیاتی در داروخانه بر اساس لیست در مصاحبه:

مصاحبه با پزشک :

با سه پزشک مصاحبه نمائید.

پاسخ (بلی / خیر)	سؤال
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	1. آیا در صورت بروز وقایع تهدید کننده ایمنی بیمار ، هیأت مدیره بیمارستان تا زمانی که آسیب عمدی یا قصور پزشکی مطرح نباشد از کارکنان درگیر حمایت می نماید ؟
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	1. آیا بیمارستان در مواردی مثل پژوهش ها ، فرآیند احیاء ، اخذ رضایت نامه از بیماران ، محرمانه بودن اطلاعات و ارتباط با صنایع از ضوابط اخلاقی و حرفه ای تبعیت می نماید؟
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	1. آیا به عقیده شما ، در ارتباط با ایمنی بیمار در کلیه سطوح بیمارستانی فرهنگ باز و مبتنی بر یادگیری و ارتقاء مداوم و عاری از سرزنش و تنبیه وجود دارد ؟
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	1. آیا هیأت مدیره بیمارستان نگرش کارکنان را در مورد فرهنگ ایمنی بیمار به صورت منظم ارزیابی می نماید؟
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	1. آیا بیمارستان آموزش متناسب کارکنان در ارتباط با تجهیزات موجود را تضمین می نماید ؟
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	1. آیا هویت کلیه بیماران حداقل با دو شناسه مشتمل بر نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد مورد شناسایی و تأیید قرار می گیرد ؟
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	1. آیا بیمارستان در صورت اقتضاء از راهنماهای خدمات بالینی از جمله دستورالعمل های سازمان جهانی بهداشت تبعیت می نماید؟ آیا شما می توانید در زمینه تجارب خود مثال هایی از راهنماهای فوق الذکر بیان نمائید؟
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	1. آیا رویه ها / مکانیسم هایی که اجرای ایمن و استاندارد پروسیجرهای تشخیصی تهاجمی را تضمین نماید ، موجود است ؟
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	1. آیا بیمارستان به منظور کاهش ترومبوآمبولیسم وریدی و آمبولی ریوی راهنماهای بالینی را اجرا می نماید ؟
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	1. در حیطه طبابت خود آیا شما به صورت معمول بیماران را به منظور شناسایی موارد آسیب پذیر از جمله آنانی که در معرض خطر افتادن ، ابتلاء به زخم فشاری ، خودکشی ، سوءتغذیه و عفونت می باشند غربالگری می نمایید ؟
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	1. آیا بیمارستان دارای لیست تأیید شده اختصارات و اژه های پزشکی می باشد؟
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	1. آیا بیمارستان اعلام نتایج تست های پاراکلینیک و دستورات پزشک را به طریق شفاهی و تلفنی به حداقل رسانیده و در مواردی که برقراری ارتباطات به طریق کلامی ضروری است ، از تکنیک " خواندن مجدد " مطالب به منظور اطمینان از صحت شنیده ها استفاده می شود؟
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	1. آیا بیمارستان به منظور اعلام اضطراری نتایج حیاتی تست های پاراکلینیک کانالهای ارتباطی آزاد پیش بینی نموده است ؟

گروه D: استانداردهای محیط ایمن

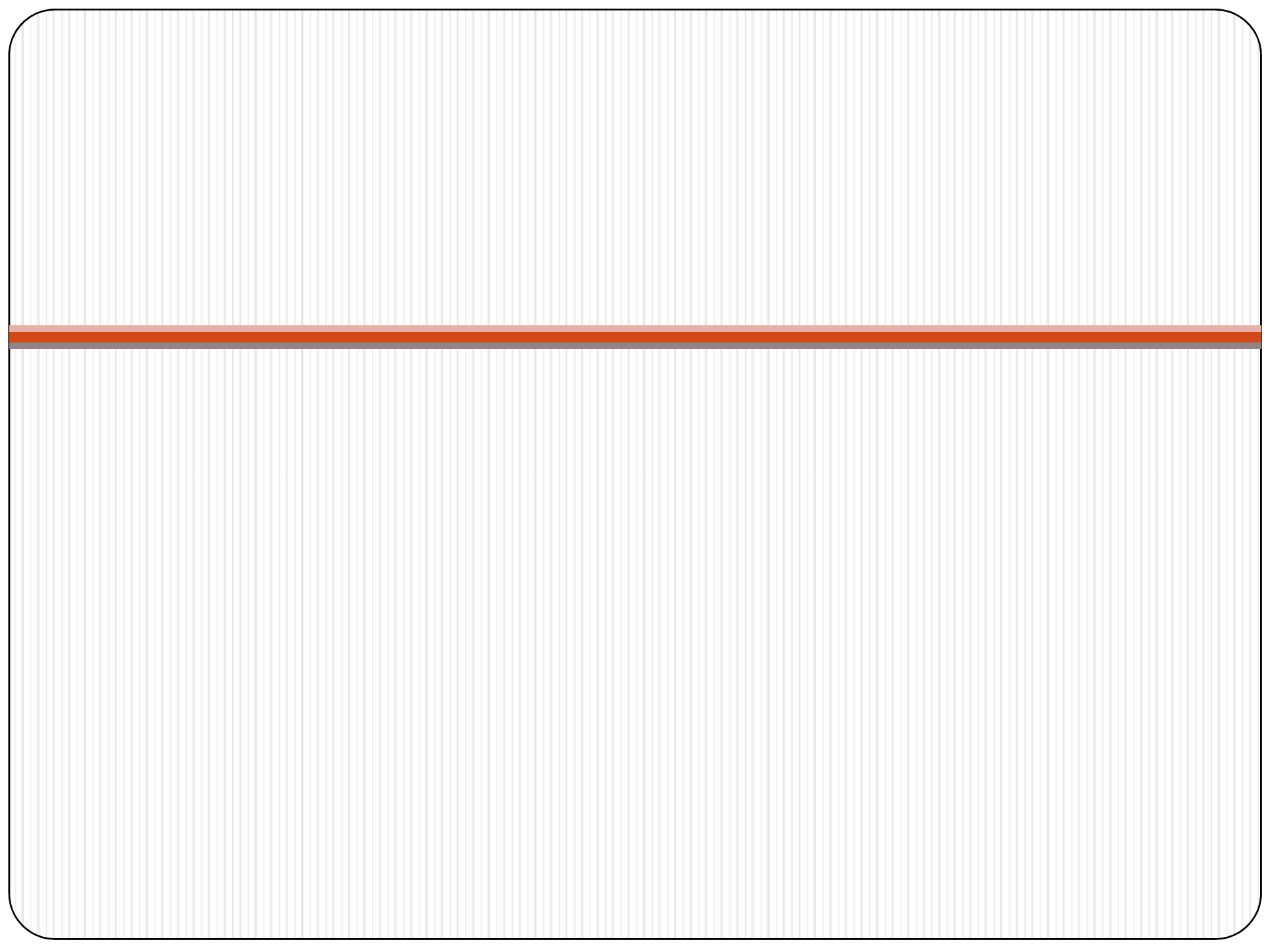
تعداد استانداردها

تعداد استانداردها			زیر گروه	گروه
پیشرفته	اساسی	الزامی		
۰	۱۵	۰	D۱ . بیمارستان دارای محیط فیزیکی امن و ایمن برای بیماران، کارکنان و ملاقات کنندگان می باشد	گروه D: استانداردهای محیط ایمن
۰	۴	۲	D .۲ بیمارستان دارای سیستم ایمن مدیریت دفع پسماندها می باشد	
0	19	2	جمع	

امتیاز نهایی	مصاحبه شونده اصلی	مدیریت دفع پسماندها	عنوان	۰.۲ D
		بیمارستان دارای سیستم ایمن مدیریت دفع پسماندها می باشد .	روش بررسی	
		بیمارستان به منظور تضمین ایمنی بیماران، کارکنان، جامعه و محیط دارای یک سیستم مدیریت دفع پسماندها می باشد .	توضیح و استدلال	
	کارشناس مدیریت پسماندهای بیمارستانی	D.۲.۱.۱ بیمارستان بر اساس میزان خطر ، پسماندها را از مبدأ تفکیک و کد بندی رنگی می نماید (راهنما را ملاحظه نمائید).	استاندارد الزامی	
	کارشناس مدیریت پسماندهای بیمارستانی	D۲.۱.۲ . بیمارستان از راهنماها ، از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت ، جهت مدیریت دفع پسماندهای نوک تیز و برنده تبعیت می نماید		

مصاحبه با کارشناس مدیریت پسماندهای بیمارستانی

پاسخ (بلی / خیر)	سؤال
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	1. چه تعدادی از کارکنان مسئولیت دفع پسماندهای بهداشتی را دارند؟
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	1. آیا کارکنان این واحد هیچگونه آموزشی دیده اند؟
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	1. آیا کارکنان از خطرات ناشی از کار با پسماندهای بهداشتی درمانی آگاهند؟
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	1. آیا بیمارستان کارکنانش را علیه هپاتیت B (HBV) و سایر بیماریهای عفونی واکسینه کرده است؟
<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	1. آیا پسماندها در بیمارستان از مبدأ تفکیک می شود؟





<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	1. آیا بیمارستان از هیچگونه سیستم کدبندی رنگی برای تفکیک پسماندها استفاده می نماید؟
<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	1. در هنگام کار با پسماند های بهداشتی درمانی ؛ کارکنان از چه وسایل حفاظت فردی استفاده می نمایند ؟
<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	1. آیا محفظه های خاصی برای دفع پسماند های عفونی موجود است ؟
<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	1. آیا محفظه های خاصی برای دفع پسماند های تیز و برنده موجود است ؟
<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	1. آیا محل ذخیره موقت پسماند های بهداشتی درمانی امن و محفوظ است ؟
<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	1. آیا پسماند های بهداشتی درمانی به روش ایمن و مطمئنی جمع آوری و منتقل می شوند ؟
<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بلی	1. روش امحاء و بی خطر سازی پسماند های بهداشتی درمانی چگونه است ؟
	1. محل دفع نهایی پسماند های بهداشتی درمانی کجاست ؟
	1. در طی شش ماه گذشته ؛ چه تعداد آسیب ناشی از سر سوزن گزارش شده است ؟
	1. بیمارستان در هنگام گزارش آسیب ناشی از سر سوزن چه تمهیداتی اتخاذ می نماید ؟