

واحد بهبود کیفیت

برنامه استراتژیک

- نسخه ای از برنامه استراتژیک بیمارستان در این واحد در دسترس می باشد.
- در واحد بهبود کیفیت، نسخه ای خوانا و قاب شده از مأموریت بیمارستان، در محلی مناسب و قابل رؤیت، نصب شده است .
- کلیه کارکنان این واحد، از مأموریت بیمارستان و سهم این واحد در راستای دستیابی به اهداف استراتژیک سازمان اطلاع دارند.

مسئول واحد بهبود کیفیت

- یکی از کارکنان به عنوان هماهنگ کننده بهبود کیفیت، با اختصاص زمان خاصی جهت ایفای نقش در این مورد (با درج در شرح وظایف) مشخص شده است.

چارت سازمانی

- در واحد بهبود کیفیت بیمارستان، یک چارت سازمانی از ساختار نیروی انسانی بیمارستان موجود است.
- در واحد بهبود کیفیت بیمارستان ، یک چارت سازمانی از ساختار کمیته های فعال بیمارستانی موجود است.
- در واحد بهبود کیفیت بیمارستان ، ساختار سازمانی شفاف و مستند بیمارستان که حدود اختیارات را بصورت واضح ترسیم نموده است موجود است.

برنامه بهبود کیفیت فراگیر

- در واحد بهبود کیفیت بیمارستان ، برنامه سالیانه بهبود کیفیت فراگیر بیمارستان شامل قسمت های زیر (موضوعات بالینی و غیر بالینی) ،موجود است:

Ø مدیریت
Ø امور مالی

- Ø خدمات پزشکی
- Ø خدمات پرستاری
- Ø خدمات عمومی و پشتیبانی

- در برنامه بهبود کیفیت ، شاخصهای مهم عملکردی اختصاصی، قابل اندازه گیری، قابل دستیابی، واقع بینانه و زمان دار (SMART) تعریف شده است.
- برنامه بهبود کیفیت کلیه واحدها ، هماهنگ با برنامه جامع بهبود کیفیت بیمارستان می باشد .
- شواهدی دال بر پایش مستمر برنامه بهبود کیفیت و اقدامات اصلاحی انجام شده، در دسترس می باشد.
- طراحی، پایش و اجرای برنامه بهبود کیفیت و ایمنی بیمار با مشارکت مدیران ارشد بیمارستان انجام می شود.
- فعالیتهای و فرآیندهای نیازمند پایش برنامه بهبود کیفیت و ایمنی بیمار توسط مدیران ارشد بیمارستان و با همکاری صاحبان فرآیند، اولویت بندی شده است.
- تکنولوژی لازم و ابزارهای حمایت کننده برنامه های بهبود کیفیت و ایمنی بیمار توسط مدیران ارشد بیمارستان را فراهم شده است.
- هیات مدیره ، مدیر بیمارستان و روسای بخشها بطور فعال در برنامه ریزی و پایش برنامه بهبود کیفیت و ایمنی بیمار مشارکت دارند.

گزارش برنامه بهبود کیفیت

- هر سال گزارشی از برنامه بهبود کیفیت به مدیریت بیمارستان ارائه می شود.

کمیته بهبود کیفیت

- بیمارستان، یک کمیته بهبود کیفیت دارد .
- رییس بیمارستان، ریاست کمیته مذکور را برعهده دارد.
- اعضای کمیته بهبود کیفیت، از تخصص های مختلف هستند و شامل مدیر بیمارستان، اعضای ارشد کادر پزشکی و پرستاری و نمایندگان دیگر واحدها می باشند و نقش هماهنگی و یکپارچه سازی فعالیت های بهبود کیفیت را برعهده دارند.
- در آیین نامه داخلی کمیته بهبود کیفیت ، این کمیته مسئول پیگیریهای موارد زیر می باشد.
- Ø اطمینان از تشریک مساعی کلیه واحدها
- Ø تعیین اولویتهای بهبود کیفیت برای کل بیمارستان
- Ø اطمینان از اینکه تمام اندازه گیری های مورد نیاز انجام شده است.
- Ø بازنگری و تحلیل داده های جمع آوری شده .
- Ø استفاده از اختیار تفویض شده از جانب مدیریت ارشد سازمان، به منظور مداخله مستقیم در پاسخ به موضوعات شناخته شده بهبود کیفیت.

- Ø دادن گزارش اطلاعات، نتایج تحلیل ها و مداخلات هم از پایین به بالا (به مدیران) و هم از بالا به پایین (به کارکنان).
- آموزش مباحث مربوط به بهبود کیفیت به کلیه کارکنان بیمارستان شامل آموزشهای اساسی درخصوص اصول و کار عملی بهبود کیفیت .

مستندات موجود در کمیته بهبود مستمر کیفیت

- مستندات ذیل در کمیته بهبود مستمر کیفیت، نگهداری می شوند:

- Ø آئین نامه داخلی
- Ø لیست اعضا
- Ø صورتجلسات مدون
- Ø مستندات مربوط به پایش برنامه بهبود مستمر کیفیت حداقل بصورت فصلی
- Ø رونوشتی از برنامه آموزش بهبود کیفیت هر واحد

سایر کمیته های بیمارستانی

- فهرستی از تمامی کمیته های فعال بیمارستانی در این واحد در دسترس است که حداقل شامل موارد ذیل می باشد:
- اسامی اعضای کمیته با ذکر سمت آنها در بیمارستان و در کمیته مربوطه
- آیین نامه داخلی کمیته ها
- صورت جلسات مربوط به هر کمیته
- نتایج بررسی های واحد بهبود کیفیت در زمینه اجرای مصوبات هر کمیته

سیستم ها و فرآیندهای بیمارستان

- سیستم ها و فرآیندهای بیمارستان مطابق اصول بهبود کیفیت طراحی شده است و یک نسخه مدون از آن در این بخش موجود می باشد.

فرایند عملیاتی وسیکل بازخورد برنامه بهبود کیفیت

- فرایند عملیاتی جهت اجرای برنامه بهبود کیفیت موجود است.
- شواهدی مستند برای نشان دادن سیکل بازخورد اجرای برنامه بهبود کیفیت موجود است.

پایش مدیریتی

- پایش داده ها، اقدامات و مداخلات مدیریتی، حداقل در موارد ذیل صورت می گیرد:

- Ø پیشرفت برنامه استراتژیک
- Ø پیشرفت برنامه بهبود کیفیت
- Ø توانمندسازی نیروی انسانی
- Ø مدیریت خطر
- Ø مدیریت تأسیسات
- Ø امور مالی
- Ø تدارک مواد مصرفی و داروهای مورد نیاز روزانه عمدتاً مطابق با نیازهای بیمار
- Ø انتظارات و رضایتمندی بیمار و خانواده وی
- Ø انتظارات و رضایتمندی کارکنان

سیستم پیشنهادات، انتقادات و شکایات

- درکمیته بهبود کیفیت، خط مشی و روشهای مستند برای دریافت و رسیدگی به پیشنهادات، انتقادات و شکایات افراد زیر موجود است :

- Ø بیماران
- Ø کارکنان
- Ø ملاقات کنندگان و همراهان

- مستندات مربوط به رسیدگی به پیشنهادات، انتقادات و شکایات، موجود است .
- در بیمارستان صندوق پیشنهادات، انتقادات و شکایات برای کارکنان، بیماران و همراهان، موجود است.

میزان رضایت بیماران و کارکنان

- سیستمی برای تعیین میزان رضایت بیماران و کارکنان موجود است.
- تجزیه و تحلیل تکریم بیماران و رضایت کارکنان انجام می گیرد.
- مستندات مداخله مطابق برنامه برای تعیین و برطرف ساختن کمبودها، موجود است.
- مستندات نشان می دهند که ارزیابی های مجدد برای بررسی نتایج حاصل از اقدامات اصلاحی، صورت می پذیرد.

پایش مراقبت بالینی

- بیمارستان، مراقبت بالینی خود را بوسیله گردآوری و تحلیل داده های مرتبط، حداقل در موارد ذیل پایش می نماید:
- Ø رعایت حقوق گیرندگان خدمت (نسخه مکتوب حقوق ومسئولیت های بیماران در دسترس همه بیماران و همراهان است)
- Ø ارزیابی بیمار (شامل ارزیابی اولیه، ارزیابی تکمیلی، ارزیابی قبل از ورود به اتاق عمل و ارزیابی قبل از القای بیهوشی)
- Ø ارائه مراقبت ها بر اساس دانش روز و ترجیحاً بر اساس راهنماهای طبابت بالینی مورد تأیید وزارت بهداشت
- Ø ارائه مراقبت به موقع، مستمر و یکپارچه
- Ø رعایت اصول ایمنی
- Ø برنامه های کنترل کیفیت و ایمنی رادیولوژی و آزمایشگاه
- Ø اعمال جراحی و تهاجمی
- Ø کاربرد آنتی بیوتیک ها و داروهای خطرناک
- Ø خطاهای دارویی
- Ø کاربرد بیهوشی و آرام بخش های متوسط و عمیق
- Ø کاربرد خون و فرآورده های خونی
- Ø کنترل عفونت
- Ø تبعیت از قوانین پژوهشهای بالینی
- Ø مدارک پزشکی شامل محتوا و میزان دسترسی

راهنماهای طبابت بالینی

- بیمارستان از راهنماهای طبابت بالینی مورد تأیید وزارت بهداشت در ارائه خدمات مراقبتی استفاده می نماید:
- Ø کارکنان مرتبط، درباره گایدلاینها آموزش لازم را دیده اند.
- Ø بیمارستان بعنوان بخشی از برنامه بهبود کیفیت، داده های مربوط به اجرا و نتایج حاصل از به کار گیری گایدلاینهای خدمات بالینی را، جمع آوری و تجزیه تحلیل می نماید.

گردآوری و تحلیل داده ها

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

- گزارش تحلیل داده ها، با مشارکت یکی از اعضای کمیته یا بخش های مربوطه تهیه شده و در اختیار مسئولین هر واحد قرار می گیرد.
- داده های بیمارستانی تحلیل می شوند و بوسیله مدیریت ارشد بیمارستان، در تصمیم گیریها بکار گرفته می شوند.
- اقدامات اصلاحی که بر اساس نتایج تحلیل ها، صورت گرفته اند، مرتباً پایش می شوند.
- حداقل یک دستگاه رایانه متصل به سیستم ارتباطی بیمارستان در این واحد موجود می باشد.

برنامه مداوم شناسائی و کاهش حوادث ناخواسته

- در بیمارستان یک خط مشی شناسائی، گزارش دهی و کاهش حوادث ناخواسته وجود دارد و اجرا می گردد. این خط مشی حداقل شامل موارد ذیل می باشد:
- Ø ایجاد یک فرهنگ عاری از سرزنش جهت ثبت دقیق و واقعی حوادث ناخواسته به منظور طراحی مداخلات پیشگیرانه در آینده
- Ø برنامه آموزشی جهت شناسائی ونحوه ی گزارش دهی حوادث ناخواسته
- Ø تعیین اینکه چگونگی، و بوسیله چه کسی گزارشات دریافت،جمع بندی و تحلیل می شوند.
- Ø تعیین اینکه چگونگی، و بوسیله چه کسی به اتفاقات رسیدگی می شود.
- Ø برنامه اقدامات اصلاحی و وظایف محوله

ارزیابی دقیق رویدادهای غیرمنتظره

- در بیمارستان خط مشی ارزیابی دقیق رویدادهای غیرمنتظره و ناخواسته مستند شده و اجرا می گردد . جزئیات رویدادهای مهمی که تحلیل خواهند شد حداقل شامل موارد ذیل می باشند:
- Ø مرگ و میرهای غیرمنتظره
- Ø واکنشهای مهمی که در رابطه با ترانسفوزیون خون و فرآورده های خونی رخ داده و باعث آسیب به بیمار شده اند.
- Ø واکنشهای مضر دارویی مهم که باعث آسیب به بیمار شده اند.
- Ø خطاهای دارویی مهم که باعث آسیب به بیمار شده اند.
- Ø رویدادهای مهم بیهوشی که باعث آسیب به بیمار شده اند.
- Ø تفاوت های مهم بین تشخیص قبل و بعد از عمل شامل یافته های پاتولوژی و جراحی