

فهرست

| صفحه | عنوان |
|------|--------------------------|
| ۲ | شرایط احراز مدیر پرستاری |
| ۴ | جانشین مدیر پرستاری |
| ۵ | نمودار سازمانی |
| ۷ | بودجه |
| ۱۰ | ارزیابی عملکرد پرستاران |
| ۱۸ | خط مشی‌ها و روش‌ها |
| ۳۳ | امکانات و ملزومات |
| ۴۰ | کمیته‌ها |
| ۴۱ | منابع |

واحد مدیریت پرستاری

۱) شرایط احراز مدیر پرستاری

۱-۱) شرایط احراز برای مدیریت پرستاری به ترتیب ارجحیت عبارت است از:

۱-۱-۱) دارا بودن مدرک دکترای پرستاری ترجیحا با گرایش مدیریت، مدرک RN¹ و حداقل ۵ سال سابقه کار در بیمارستان که حداقل ۲ سال آن در مشاغل مدیریتی و سرپرستی واحد پرستاری بوده باشد.

۱-۱-۲) دارا بودن مدرک کارشناسی ارشد پرستاری ترجیحا با گرایش مدیریت، مدرک RN و حداقل ۷ سال سابقه کار در بیمارستان که حداقل ۲ سال آن در مشاغل مدیریتی و سرپرستی واحد پرستاری بوده باشد.

۱-۱-۳) دارا بودن مدرک کارشناسی پرستاری، مدرک RN با حداقل ۱۲ سال سابقه کار در بیمارستان که حداقل ۴ سال آن در مشاغل مدیریتی و سرپرستی واحد پرستاری بوده باشد. به علاوه داشتن مدارک مورد تایید وزارت بهداشت مبنی بر گذراندن ۴۰ ساعت دوره مدیریت عمومی و ۴۰ ساعت دوره مدیریت پرستاری

۱-۱-۴) دارا بودن مدرک کارشناسی پرستاری، مدرک RN با حداقل ۵ سال سابقه کار در بیمارستان که حداقل ۲ سال آن در مشاغل مدیریتی و سرپرستی بوده باشد.

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

سنجه. مدیر پرستاری فردی واجد معلومات و تجربیات منطبق با ارجحیتهای تعیین شده در متن استاندارد مدیریت این واحد را برعهده دارد. و طی حکمی از سوی رییس بیمارستان* یا مسئول پست متناظر آن به‌عنوان مدیر پرستاری، تعیین شده است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز |
|------------|----|-------------------------------|----|---------|----|--------|--|
| | | موارد مندرج در متن استاندارد | | | | | در صورتی که مدیر پرستاری حکم مکتوب با امضای رییس بیمارستان را نداشته باشد هیچ امتیازی به این سنجه تعلق نمی‌گیرد و در صورتی که حکم وجود داشته باشد به روش ذیل امتیاز داده می‌شود: |
| | | | | | | | دارا بودن مدرک دکترای پرستاری با گرایش مدیریت (۴/۵ امتیاز) |
| | | در پرونده پرسنلی مدیر پرستاری | | | | | دارا بودن مدرک دکترای پرستاری با سایر گرایش‌ها (۳/۵ امتیاز) |
| | | | | | | | دارا بودن مدرک کارشناسی ارشد پرستاری با گرایش مدیریت (۳ امتیاز) |
| | | | | | | | دارا بودن مدرک کارشناسی ارشد پرستاری با سایر گرایش‌ها (۲ امتیاز) |
| | | | | | | | دارا بودن مدرک کارشناسی پرستاری (۱ امتیاز) |
| | | | | | | | سابقه کار ۵ سال یا بیشتر برای دکترای پرستاری (۱ امتیاز) |
| | | | | | | | سابقه کار ۲ سال و بیشتر در مشاغل مدیریتی برای دکترای پرستاری (۲ امتیاز) |
| | | | | | | | سابقه کار ۷ سال یا بیشتر برای کارشناسی ارشد پرستاری (۱ امتیاز) |
| | | | | | | | سابقه کار ۲ سال و بیشتر در مشاغل مدیریتی برای کارشناسی ارشد پرستاری (۱/۵ امتیاز) |
| | | | | | | | سابقه کار ۱۲ سال یا بیشتر برای کارشناسی پرستاری (۱ امتیاز) |
| | | | | | | | سابقه کار ۵ تا ۱۲ سال برای کارشناسی پرستاری (۰/۵ امتیاز) |
| | | | | | | | سابقه کار ۴ سال و بیشتر در مشاغل مدیریتی و سرپرستی برای کارشناسی پرستاری (۱ امتیاز) |
| | | | | | | | سابقه کار ۲ تا ۴ سال در مشاغل مدیریتی و سرپرستی برای کارشناسی پرستاری (۰/۵ امتیاز) |
| | | | | | | | مدرک RN (۰/۵ امتیاز) |
| | | | | | | | مدارک گذراندن حداقل ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت عمومی (۰/۵ امتیاز) |
| | | | | | | | مدارک گذراندن حداقل ۴۰ ساعت دوره‌های مدیریت پرستاری (۰/۵ امتیاز) |

* تذکر: امضای رییس بیمارستان، رییس فعلی یا رییس وقت، مورد قبول است. همچنین لازم نیست سمت مربوطه در حکم کارگزینی فرد نیز لحاظ شده باشد و همان ابلاغ کتبی کافی است.

(۲) جانشین مدیر پرستاری

۱-۲) مدیر پرستاری، برای زمان‌هایی که در بیمارستان حضور ندارد سوپروایزری را به‌عنوان جانشین به طور مکتوب و با قید حیطه اختیارات، مشخص می‌نماید. به جانشین در زمان برعهده داشتن مسئولیت سرپرستی، وظایف بالینی محول نمی‌شود.

سنجه. مستندات نشان می‌دهند مدیر پرستاری، برای زمان‌هایی که در بیمارستان حضور ندارد سوپروایزری را به‌عنوان جانشین به طور مکتوب و با قید حیطه اختیارات، مشخص می‌نماید به جانشین مدیر پرستاری در زمان برعهده داشتن مسئولیت سرپرستی وظایف بالینی همچون دادن دارو به بیمار، انجام پانسمان و..... محول نمی‌شود.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|---|---|--|---|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.ا |
| | الف | حکم مکتوب جانشین مدیر پرستاری و برنامه نوبت کاری ۳ ماهه اخیر کادر پرستاری | ه | | ی | از سوپروایزرها مشخص شده در برنامه نوبت کاری و سرپرستاران بخش‌ها | حکم مکتوب با امضای مسئول مربوطه موجود نباشد | حکم مکتوب با امضای مسئول مربوطه موجود باشد | حکم مکتوب با امضای مسئول مربوطه موجود باشد | غ.ق.ا |
| | ب | با امضای مسئول مربوطه مکتوب و با قید حیطه اختیارات با ذکر سمت (به‌عنوان مثال مسئول شیفت، سوپروایزر، جانشین مدیر پرستاری...) | و | | ک | آیا در زمان جانشینی مدیریت عهده سوپروایزر گذاشته می‌شود | ۲-۰ نفر اظهار کنند که در زمان جانشینی مدیریت پرستاری، وظایف بالینی هم به عهده سوپروایزر گذاشته می‌شود | اما حیطه اختیارات در آن مشخص نشده باشد | و حیطه اختیارات در آن مشخص شده باشد | غ.ق.ا |
| | ج | در دفتر پرستاری و بخش‌های بالینی | ز | | ل | در بخش‌های مختلف بالینی | یا | یا | یا | غ.ق.ا |
| | د | | ح | | | م | ۱۰ نفر که حتماً ۲ نفر از آن‌ها از سوپروایزرها باشند | ۳-۶ نفر اظهار کنند که در زمان جانشینی مدیریت پرستاری، وظایف بالینی هم به عهده سوپروایزر گذاشته نمی‌شود | ۱۰-۷ نفر اظهار کنند که در زمان جانشینی مدیریت پرستاری، وظایف بالینی هم به عهده سوپروایزر گذاشته نمی‌شود | غ.ق.ا |
| | | | ط | | | | برنامه نوبت کاری نشان دهد که در زمان جانشینی وظایف بالینی هم به عهده سوپروایزر گذاشته می‌شود | گذاشته نمی‌شود | گذاشته نمی‌شود | غ.ق.ا |

۳) نمودار سازمانی

۳-۱) مدیر پرستاری عضو تیم مدیریت ارشد بیمارستان است و با هیئت مدیره و کادر پزشکی در پیشرفت، بازنگری و اجرای خط مشی‌ها و اقدامات درمانی مربوط به بیمارستان همکاری می‌نماید.

سنجه. مستندات نشان می‌دهند مدیر پرستاری عضو تیم مدیریت ارشد بیمارستان است. در بازنگری و اجرای خط مشی‌ها و اقدامات درمانی مرتبط مشارکت دارد.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|--|----|---|----|---|---|---|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| | الف | فهرست اسامی مدیران ارشد (تیم مدیریت اجرایی) و صورت جلسات مدیران ارشد | ه | فهرست تهیه‌کنندگان خط مشی‌های بیمارستان | ی | از افراد مشارکت کننده در تدوین خط مشی‌ها و روش‌های این واحد که مستندات آن بررسی شده است | مدیر پرستاری عضو تیم مدیریت ارشد بیمارستان نیست | یا | مدیر پرستاری عضو تیم مدیریت ارشد بیمارستان است |
| | ب | | و | آیا مدیر پرستاری در جلسات تدوین خط مشی‌ها و روش‌ها شرکت داشته است | ک | | یا | ۲-۰ نفر اظهار کنند که مدیر پرستاری در بازنگری و اجرای خط مشی‌ها و اقدامات درمانی مشارکت داشته است | |
| | ج | در ۱۰ بخش/ واحد | ز | | ل | | یا | ۳-۶ نفر اظهار کنند که مدیر پرستاری در بازنگری و اجرای خط مشی‌ها و اقدامات درمانی مشارکت داشته است | |
| | د | ۱۰ خط مشی و روش (ترجیحا مواردی که مدیر پرستاری نقش کلیدی دارد) واحد مدیریت و پرستاری | ح | در ۱۰ بخش یا واحد | م | ۱۰ نفر | یا | امضای وی در خط مشی‌ها و روش‌های بیمارستان موجود باشد | |
| | | | ط | | | | یا | امضای وی در خط مشی‌ها و روش‌های بیمارستان موجود باشد | |

۲-۳) مدیر پرستاری، با هیئت مدیره و کادر پزشکی در پیشرفت، بازنگری و اجرای خط مشی‌ها و اقدامات درمانی مربوط به بیمارستان همکاری می‌نماید.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند که مدیر پرستاری در بازنگری و اجرای خط مشی‌ها و اقدامات درمانی مرتبط مشارکت دارد.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---|----|---------|---|---|---|---|---|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.ا |
| | الف | فهرست تهیه‌کنندگان خط مشی‌های این واحد در کتابچه مربوطه | ه | | ی | از افراد مشارکت‌کننده در تدوین خط مشی‌ها و روش‌های این واحد که مستندات آن بررسی شده است | ۰-۱ نفر اظهار کنند که مدیر پرستاری در بازنگری و اجرای خط مشی‌ها و اقدامات درمانی مشارکت داشته است یا امضای وی در خط مشی‌ها و روش‌های این واحد موجود نباشد | ۲-۳ نفر اظهار کنند که مدیر پرستاری در بازنگری و اجرای خط مشی‌ها و اقدامات درمانی مشارکت داشته است | ۴-۵ نفر اظهار کنند که مدیر پرستاری در بازنگری و اجرای خط مشی‌ها و اقدامات درمانی مشارکت داشته است | |
| | ب | | و | ک | آیا مدیر پرستاری در جلسات تدوین خط مشی‌ها و روش‌ها شرکت داشته است | | | | | |
| | ج | در این واحد | ز | ل | | | | | | |
| | د | ۵ خط مشی و روش (ترجیحا مواردی که مدیر پرستاری نقش کلیدی دارد) واحد مدیریت و پرستاری | ح | م | ۵ نفر | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

۳-۳) مدیر پرستاری در فرآیند محاسبه‌ی نیروی پرستاری مورد نیاز، به‌کارگیری و تعیین صلاحیت حرفه‌ای و غیرحرفه‌ای کادر پرستاری، مشارکت فعال دارد.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند در زمان نیاز به جذب نیروهای پرستاری جدید برای بیمارستان یا تغییر بخش محل عملکرد آن‌ها مدیر پرستاری نقش اصلی را برعهده دارد.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|---|----|---------|---|-----------------|---|--|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| | الف | مستندات فرآیند جذب نیروهای پرستاری جدید برای بیمارستان یا تغییر واحد محل عملکرد آن‌ها | ه | | ی | از مدیر پرستاری | ۰-۱ مدیر پرستاری در جذب یا جابجایی نیروهای پرستاری نقش اصلی را برعهده ندارد یا مستندات فرآیند جذب یا جابجایی نیروهای پرستاری موجود نباشد یا مستندات نشان دهند که مدیر پرستاری در این فرآیند نقش اصلی را برعهده ندارد* | مدیر پرستاری در جذب یا جابجایی نیروهای پرستاری نقش اصلی را برعهده دارد | |
| | ب | مشخص نمودن نقش مدیر پرستاری در فرآیند مذکور | و | ک | در خصوص نقش و اختیارات وی در جذب یا جابجایی نیروهای پرستاری | | | | |
| | ج | | ز | ل | | | | | |
| | د | | ح | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

*تذکر: منظور از نقش اصلی مدیر پرستاری این است که درخواست جذب نیروهای پرستاری توسط وی تهیه و به رییس بیمارستان ارائه گردد.

۴) بودجه

۴-۱) مدیر پرستاری در فرآیندهای مربوط به بودجه بیمارستان، مشارکت فعال دارد و سالانه، بودجه لازم برای اداره امور پرستاری، توسط مدیر پرستاری، پیشنهاد می‌شود.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند مدیر پرستاری در فرآیندهای مربوط به بودجه بیمارستان، مشارکت فعال دارد و سالانه بودجه لازم برای اداره امور پرستاری براساس برنامه عملیاتی دفتر پرستاری و گروه‌های پرستاری زیر مجموعه در راستای تحقق اهداف استراتژیک بیمارستان تخمین زده شده، جهت تایید ارایه می‌گردد.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|--|----|--------------|--|---|--|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.ا |
| | الف | صورت جلسات جلسه‌های مربوط به تهیه طرح پیشنهادی بودجه سالانه بیمارستان جهت ارائه به تیم حاکمیتی | ه | مستندات پیشنهاد بودجه‌های پرستاری | ی | مدیر پرستاری | مدیر پرستاری در جلسات مذکور حضور ندارد | مدیر پرستاری در جلسات مذکور حضور دارد ولی به نظرات وی تا حد امکان عمل نمی‌شود | مدیر پرستاری در جلسات مذکور حضور دارد و به نظرات وی تا حد امکان عمل می‌شود | |
| | ب | مبتنی بر مشارکت مدیر پرستاری در اکثر جلسات مذکور | و | آیا شما در جلسات تهیه طرح پیشنهادی بودجه سالانه بیمارستان شرکت دارید و آیا نظرات شما تا حد امکان اعمال می‌شود؟ | ک | | | | | |
| | ج | | ز | | ل | | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

۴-۲) سالانه، بودجه لازم برای اداره امور پرستاری، توسط مدیر پرستاری، پیشنهاد می‌شود.

سنجه. سالانه بودجه لازم برای اداره امور پرستاری براساس برنامه عملیاتی دفتر پرستاری و گروه‌های پرستاری زیر مجموعه در راستای تحقق اهداف استراتژیک بیمارستان تخمین زده شده، جهت تایید ارایه می‌گردد.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|---|----|---------|--|--------------|--|---|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| | الف | مستندات پیشنهاد بودجه‌های پرستاری | ه | | ی | مدیر پرستاری | مدیر پرستاری در فرآیندهای مربوط به بودجه بیمارستان مشارکت دارد اما نظرات وی اعمال نمی‌شود | مدیر پرستاری در فرآیندهای مربوط به بودجه بیمارستان مشارکت دارد نظرات وی تا حد امکان اعمال می‌شود | و |
| | ب | نشانگر مشارکت مدیر پرستاری در پیشنهاد بودجه مورد نیاز سالانه در رابطه با گروه‌های پرستاری | و | ک | آیا شما در پیشنهاد بودجه سالانه در موارد مرتبط با پرستاری مشارکت فعال دارید و آیا نظر شما تا حد امکان اعمال می‌شود | | | | |
| | ج | | ز | ل | | | | | |
| | د | | ح | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

۴-۳) ردیف‌های صرف بودجه به صورت مکتوب مشخص می‌گردند.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند ردیف‌های صرف بودجه پرستاری به صورت مکتوب مشخص می‌گردند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|--------|---|--|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| | الف | لیست مکتوب ردیف‌های صرف بودجه سال جاری یا حداقل سال گذشته پرستاری | ه | | ی | | لیست مکتوب ردیف‌های صرف بودجه پرستاری در سال جاری یا حداقل سال گذشته موجود نمی‌باشد | لیست مکتوب ردیف‌های صرف بودجه پرستاری در سال جاری یا حداقل سال گذشته موجود می‌باشد | |
| | ب | با تایید مدیران ارشد | و | ک | | | | | |
| | ج | در این واحد | ز | ل | | | | | |
| | د | | ح | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

۴-۴) در بودجه سالانه، بخشی نیز برای آموزش کادر پرستاری در نظر گرفته می‌شود.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند بخشی از بودجه سالانه برای آموزش کادر پرستاری با توجه به اولویت‌های تعیین شده در استاندارد ۱۰-۱ (محور آموزش و توانمند سازی کارکنان) تخصیص یافته است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | | |
|------------|-----|---------------------------------------|----|---------|----|---|---|---|-----|--|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ | |
| | الف | لیست مکتوب ردیف‌های صرف بودجه پرستاری | ه | | ی | مدیر پرستاری | بودجه سالانه جداگانه‌ای برای آموزش کادر پرستاری در نظر گرفته می‌شود | بودجه سالانه جداگانه‌ای برای آموزش کادر پرستاری در نظر گرفته می‌شود | اما | مستندات تخصیص ردیف خاص برای بودجه آموزش پرستاری موجود نیست | مستندات تخصیص ردیف خاص برای بودجه آموزش پرستاری موجود است |
| | ب | تعیین ردیف برای برنامه آموزشی پرستاری | و | | ک | آیا سالانه بودجه جداگانه‌ای برای آموزش کادر پرستاری در نظر گرفته می‌شود | | | | | |
| | ج | در این واحد | ز | | ل | | | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | | |

۴-۵) در سال جاری، هزینه‌های انجام شده و نتایج حاصل از آن‌ها تا این لحظه، مشخص هستند.

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند در سال جاری، هزینه‌های انجام شده و نتایج حاصل از آن‌ها تا این لحظه، مشخص شده‌اند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--|---|---|---|---|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.۱ | |
| | الف | برنامه عملیاتی سال جاری این واحد با ذکر اهداف مورد انتظار و زمان دستیابی به آن‌ها که ردیف‌های بودجه براساس آن اختصاص یافته است | ه | | ی | برنامه عملیاتی سال جاری با مشخصات مذکور موجود نیست | برنامه عملیاتی سال جاری با مشخصات مذکور موجود است | | | مستندات بودجه تخصیص یافته به این واحد تا زمان اعتبار بخشی موجود است | مستندات بودجه تخصیص یافته به این واحد تا زمان اعتبار بخشی موجود نیست |
| | ب | مستندات تخصیص بودجه تا زمان ارزیابی به این واحد | و | | ک | یا | | | | | |
| | ج | در این واحد | ز | | ل | | | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | | |

۵) ارزیابی عملکرد پرستاران

۵-۱) مدیر پرستاری برای اطمینان از مطابقت عملکرد کادر پرستاری با استانداردهای پرستاری، بررسی‌های لازم را، حداقل در موارد ذیل انجام خواهد داد:

۵-۱-۱) اطمینان از ثبت صحیح ارزیابی‌ها و تشخیص‌های پرستاری

سنجه ۱. روش ثبت صحیح ارزیابی‌های اولیه پرستاری توسط واحد مدیریت پرستاری و با توجه به قوانین و مقررات مستند و به تمام پرستاران اعلام شده است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--|--|---|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۱ | الف | مستندات روش ثبت صحیح ارزیابی‌های اولیه و تشخیص‌های پرستاری در پرونده بیمار | ه | | ی | از پرستارن بخش‌های بالینی | در ۶۰-۲۱٪ موارد مستندات مذکور موجود باشد | در ۱۰۰-۶۱٪ موارد مستندات مذکور موجود باشد | |
| | ب | ابلاغ شده از سوی واحد مدیریت پرستاری | و | | ک | آیا روش صحیح ثبت ارزیابی‌های اولیه و تشخیص‌های پرستاری از طرف واحد مدیریت پرستاری به شما ابلاغ شده است | یا ۳-۶ پرستار اظهار نمایند که مستندات مذکور به آنان ابلاغ شده است | یا ۷-۱۰ پرستار اظهار نمایند که مستندات مذکور به آنان ابلاغ شده است | |
| | ج | در بخش‌های مختلف بالینی | ز | | ل | در بخش‌های مختلف بالینی | یا ۰-۲ پرستار اظهار نمایند که مستندات مذکور به آنان ابلاغ شده است | | |
| | د | در ۱۰ پرونده | ح | | م | ۱۰ نفر | | | |
| | | | ط | | | | | | |

تذکر: به‌عنوان مثال برای ثبت صحیح ارزیابی اولیه پرستاری لازم است مشخص شود نتایج چه ارزیابی‌هایی باید مستند شود، در چه برگی‌ای از پرونده و به چه ترتیبی و یا در مورد اقدامات پرستاری می‌توان مشخص کرد که اقدامات به چه ترتیبی و در کدام صفحه از پرونده ثبت شوند مثلاً اقدامات مربوط به پانسمان بیمار، پیشگیری از زخم بستر، اجرای دستورات پزشک و.....

راهنمای ارزیابی استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران

سنجه ۲. واحد مدیریت پرستاری براساس برنامه پایش مستند و دوره‌ای (حداقل فصلی) به صورت تصادفی ۳۰ پرونده از بخش‌های مختلف بالینی، را به منظور اطمینان از صحت روش ثبت ارزیابی‌های اولیه پرستاری مورد بررسی قرار می‌دهد.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|---|---|--|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۲ | الف | برنامه پایش و مستندات انجام پایش | ه | | ی | برنامه پایش یا مستندات انجام آن موجود نباشد | برنامه پایش و مستندات انجام آن موجود است اما مشخصات مذکور را ندارد | برنامه پایش و مستندات انجام آن موجود است و مشخصات مذکور را دارد | غ.ق.ا |
| | ب | دوره‌ای، حداقل فصلی، با ذکر شماره پرونده‌های بررسی شده و نقص مشاهده شده | و | ک | | | | | |
| | ج | در این واحد | ز | ل | | | | | |
| | د | | ح | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

سنجه ۳. نتایج پایش انجام شده در سنجه ۲ تحلیل شده و با مشارکت پرستاران مداخلات اصلاحی طراحی می‌گردد.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|---|---|--|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۳ | الف | مستندات تحلیل نتایج پایش و مداخلات اصلاحی طراحی شده و صورت جلسات بررسی مشکلات و ارائه راهکارها | ه | | ی | مستندات مربوط به نتایج تحلیل‌ها، مداخلات اصلاحی و صورت جلسات موجود نیست | مستندات مربوط به نتایج تحلیل‌ها، مداخلات اصلاحی و صورت جلسات موجود است اما با مشارکت پرستاران صورت نگرفته است | مستندات مربوط به نتایج تحلیل‌ها، مداخلات اصلاحی و صورت جلسات موجود است و با مشارکت پرستاران صورت گرفته است | غ.ق.ا |
| | ب | با مشارکت پرستاران | و | ک | | | | | |
| | ج | در این واحد | ز | ل | | | | | |
| | د | | ح | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

۵-۱-۲) اطمینان از ثبت صحیح اقدامات پرستاری انجام شده

سنجه ۱. روش ثبت صحیح اقدامات پرستاری توسط واحد مدیریت پرستاری با توجه به قوانین و مقررات مستند و به تمام پرستاران اعلام شده است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--|--|--|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۱ | الف | مستندات روش ثبت صحیح اقدامات پرستاری در پرونده بیمار | ه | | ی | از پرستاران بخش‌های بالینی | در ۶۰-۲۱٪ موارد مستندات مذکور موجود باشد | در ۱۰۰-۶۱٪ موارد مستندات مذکور موجود باشد | غ.ق.ا |
| | ب | ابلاغ شده از سوی واحد مدیریت پرستاری | و | | ک | آیا روش صحیح ثبت اقدامات پرستاری از طرف واحد مدیریت پرستاری به شما ابلاغ شده است | موجود باشد یا | موجود باشد یا | و |
| | ج | در بخش‌های مختلف بالینی | ز | | ل | در بخش‌های مختلف بالینی | ۲-۰ پرستار اظهار نمایند که مستندات مذکور به آنان ابلاغ شده است | ۶-۳ پرستار اظهار نمایند که مستندات مذکور به آنان ابلاغ شده است | ۱۰-۷ پرستار اظهار نمایند که مستندات مذکور به آنان ابلاغ شده است |
| | د | در ۱۰ پرونده | ح | | م | ۱۰ نفر | | | |
| | | | | ط | | | | | |

سنجه ۲. واحد مدیریت پرستاری براساس برنامه پایش مستند و دوره‌ای (حداقل فصلی) به صورت تصادفی ۳۰ پرونده از بخش‌های مختلف بالینی، را به منظور اطمینان از صحت روش ثبت صحیح اقدامات پرستاری مورد بررسی قرار می‌دهد.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|---|--|--|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۲ | الف | برنامه پایش و مستندات انجام پایش | ه | | ی | | برنامه پایش و مستندات انجام آن موجود است | برنامه پایش و مستندات انجام آن موجود است | غ.ق.ا |
| | ب | دوره‌ای، حداقل فصلی، با ذکر شماره پرونده‌های بررسی شده و نقص مشاهده شده | و | | ک | برنامه پایش یا مستندات انجام آن موجود نباشد | اما | مشخصات مذکور را ندارد | و |
| | ج | در این واحد | ز | | ل | | مشخصات مذکور را ندارد | مشخصات مذکور را دارد | |
| | د | | ح | | م | | | | |
| | | | | ط | | | | | |

سنجه ۳. نتایج پایش انجام شده در سنجه ۲ تحلیل شده و با مشارکت پرستاران مداخلات اصلاحی طراحی می‌گردد.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--------|---|--|--|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.ا |
| ۳ | الف | مستندات تحلیل نتایج پایش و مداخلات اصلاحی طراحی شده و صورت جلسات بررسی مشکلات و ارایه راهکارها | ه | | ی | | مستندات مربوط به نتایج تحلیل‌ها، مداخلات اصلاحی و صورت جلسات موجود است | مستندات مربوط به نتایج تحلیل‌ها، مداخلات اصلاحی و صورت جلسات موجود است | مستندات مربوط به نتایج تحلیل‌ها، مداخلات اصلاحی و صورت جلسات موجود است | |
| | ب | با مشارکت پرستاران | و | | ک | | | اما | و | |
| | ج | در این واحد | ز | | ل | | مستندات مربوط به نتایج تحلیل‌ها، مداخلات اصلاحی و صورت جلسات موجود نیست | با مشارکت پرستاران صورت گرفته است | با مشارکت پرستاران صورت گرفته است | |
| | د | | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

۳-۱-۵) اطمینان از تطبیق مراقبتهای پرستاری انجام شده با برنامه‌های مراقبت پرستاری طراحی شده.

سنجه ۱. شواهد و مستندات نشان می‌دهند پرستاران با توجه به ارزیابی بیمار، برنامه مراقبت پرستاری را تدوین می‌نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|------------------------------|----|---------|----|--------|--|--|---|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.ا |
| ۱ | الف | برنامه مراقبت پرستاری | ه | | ی | | در ۲-۳ پرونده برنامه مذکور موجود باشد | در ۳-۶ پرونده برنامه مذکور موجود باشد | در ۷-۱۰ پرونده برنامه مذکور موجود باشد | |
| | ب | تدوین شده توسط پرستار مربوطه | و | | ک | | یا | یا | و | |
| | ج | در بخش‌های مختلف بالینی | ز | | ل | | در ۲۰-۳۰٪ موارد برنامه مراقبت پرستاری تدوین شده باشد | در ۶۰-۲۱٪ موارد برنامه مراقبت پرستاری تدوین شده باشد | در ۱۰۰-۶۱٪ موارد برنامه مراقبت پرستاری تدوین شده باشد | |
| | د | ۱۰ پرونده | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

سنجه ۲. واحد مدیریت پرستاری براساس برنامه پایش مستند و دوره‌ای (حداقل فصلی) به صورت تصادفی ۳۰ پرونده از بخش‌های مختلف بالینی را به منظور اطمینان از تطبیق مراقبت‌های پرستاری انجام شده با برنامه‌های مراقبت پرستاری طراحی شده مورد بررسی قرار می‌دهد.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|--------|---|---|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۲ | الف | برنامه پایش و مستندات انجام پایش | ه | | ی | | برنامه پایش یا مستندات انجام آن موجود نباشد | برنامه پایش و مستندات انجام آن موجود است اما مشخصات مذکور را ندارد | برنامه پایش و مستندات انجام آن موجود است و مشخصات مذکور را دارد |
| | ب | دوره‌ای، حداقل فصلی، با ذکر شماره پرونده‌های بررسی شده و نقص مشاهده شده | و | | ک | | | | |
| | ج | در این واحد | ز | | ل | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

سنجه ۳. واحد مدیریت پرستاری براساس برنامه پایش مستند و دوره‌ای (حداقل فصلی) به صورت تصادفی ۳۰ پرونده از بخش‌های مختلف بالینی را به منظور اطمینان از اجرای دستورات پزشک توسط پرستاران مورد بررسی قرار می‌دهد.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|--------|---|---|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۳ | الف | برنامه پایش مستندات انجام پایش | ه | | ی | | برنامه پایش یا مستندات انجام آن موجود نباشد | برنامه پایش و مستندات انجام آن موجود است اما مشخصات مذکور را ندارد | برنامه پایش و مستندات انجام آن موجود است و مشخصات مذکور را دارد |
| | ب | دوره‌ای، حداقل فصلی، با ذکر شماره پرونده‌های بررسی شده و نقص مشاهده شده | و | | ک | | | | |
| | ج | در این واحد | ز | | ل | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

سنجه ۴. نتایج پایش انجام شده در سنجه ۳ تحلیل شده و با مشارکت پرستاران مداخلات اصلاحی طراحی می‌گردد.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--------|--|--|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۴ | الف | مستندات تحلیل نتایج پایش و مداخلات اصلاحی طراحی شده و صورت‌جلسات بررسی مشکلات و ارائه راهکارها | ه | | ی | | مستندات مربوط به نتایج تحلیل‌ها، مداخلات اصلاحی و صورت‌جلسات موجود است | مستندات مربوط به نتایج تحلیل‌ها، مداخلات اصلاحی و صورت‌جلسات موجود است | مستندات مربوط به نتایج تحلیل‌ها، مداخلات اصلاحی و صورت‌جلسات موجود است |
| | ب | با مشارکت پرستاران | و | | ک | | و | اما | مستندات مربوط به نتایج تحلیل‌ها، مداخلات اصلاحی و صورت‌جلسات موجود نیست |
| | ج | در این واحد | ز | | ل | | با مشارکت پرستاران صورت گرفته است | با مشارکت پرستاران صورت نگرفته است | |
| | د | | ح | | م | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

۵-۱-۴) بررسی تفاوت بین برنامه‌های مراقبتی ثبت شده با مراقبت‌های انجام گرفته

سنجه. نتایج پایش انجام شده در سنجه ۲ استاندارد ۵-۱-۳ جهت بررسی علل تفاوت بین برنامه‌های مراقبتی پرستاری ثبت شده با مراقبت‌های انجام گرفته تحلیل شده و با مشارکت پرستاران مداخلات اصلاحی طراحی می‌گردد.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--------|--|--|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| | الف | مستندات تحلیل نتایج پایش و مداخلات اصلاحی طراحی شده و صورت‌جلسات بررسی مشکلات و ارائه راهکارها | ه | | ی | | مستندات مربوط به نتایج تحلیل‌ها، مداخلات اصلاحی و صورت‌جلسات موجود است | مستندات مربوط به نتایج تحلیل‌ها، مداخلات اصلاحی و صورت‌جلسات موجود است | مستندات مربوط به نتایج تحلیل‌ها، مداخلات اصلاحی و صورت‌جلسات موجود است |
| | ب | با مشارکت پرستاران | و | | ک | | و | اما | مستندات مربوط به نتایج تحلیل‌ها، مداخلات اصلاحی و صورت‌جلسات موجود نیست |
| | ج | در این واحد | ز | | ل | | با مشارکت پرستاران صورت گرفته است | با مشارکت پرستاران صورت نگرفته است | |
| | د | | ح | | م | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

۵-۱) اطمینان از ثبت صحیح نتایج حاصل از ارزیابی‌های مجدد پرستاری

سنجه ۱. روش ثبت صحیح ارزیابی‌های مجدد پرستاری توسط واحد مدیریت پرستاری و با توجه به قوانین و مقررات مستند و به تمام پرستاران اعلام شده است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|---|--|---|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۱ | الف | مستندات روش ثبت صحیح ارزیابی‌های مجدد پرستاری در پرونده بیمار | ه | | ی | از پرستارن بخش‌های بالینی | در ۲۱-۰۶٪ موارد مستندات مذکور موجود باشد | در ۱۰-۱۶٪ موارد مستندات مذکور موجود باشد | |
| | ب | ابلاغ شده از سوی واحد مدیریت پرستاری | و | | ک | آیا روش صحیح ثبت ارزیابی‌های مجدد پرستاری از طرف واحد مدیریت پرستاری به شما ابلاغ شده است | یا | و | |
| | ج | در بخش‌های مختلف بالینی | ز | | ل | در بخش‌های مختلف بالینی | ۳-۶ پرستار اظهار نمایند که مستندات مذکور به آنان ابلاغ شده است | ۷-۱۰ پرستار اظهار نمایند که مستندات مذکور به آنان ابلاغ شده است | |
| | د | در ۱۰ پرونده | ح | | م | ۱۰ نفر | ۰-۲ پرستار اظهار نمایند که مستندات مذکور به آنان ابلاغ شده است | | |
| | | | ط | | | | | | |

سنجه ۲. واحد مدیریت پرستاری براساس برنامه پایش مستند و دوره‌ای (حداقل فصلی) به صورت تصادفی (۳۰ پرونده از بخش‌های مختلف بالینی)، را به منظور اطمینان از صحت روش ثبت ارزیابی‌های مجدد پرستاری مورد بررسی قرار می‌دهد.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|---|--|--|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| ۲ | الف | برنامه پایش و مستندات انجام پایش | ه | | ی | | برنامه پایش و مستندات انجام آن موجود است | برنامه پایش و مستندات انجام آن موجود است | |
| | ب | دوره‌ای، حداقل فصلی، با ذکر شماره پرونده‌های بررسی شده و نقص مشاهده شده | و | | ک | برنامه پایش یا مستندات انجام آن موجود نباشد | اما | و | |
| | ج | در این واحد | ز | | ل | | مشخصات مذکور را ندارد | مشخصات مذکور را دارد | |
| | د | | ح | | م | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

سنجه ۳. نتایج پایش انجام شده در سنجه ۲ تحلیل شده و با مشارکت پرستاران مداخلات اصلاحی طراحی می‌گردد.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--------|---|--|--|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.ا |
| ۳ | الف | مستندات تحلیل نتایج پایش و مداخلات اصلاحی طراحی شده و صورت‌جلسات بررسی مشکلات و ارائه راهکارها | ه | | ی | | مستندات مربوط به نتایج تحلیل‌ها، مداخلات اصلاحی و صورت‌جلسات موجود است | مستندات مربوط به نتایج تحلیل‌ها، مداخلات اصلاحی و صورت‌جلسات موجود است | مستندات مربوط به نتایج تحلیل‌ها، مداخلات اصلاحی و صورت‌جلسات موجود است | |
| | ب | با مشارکت پرستاران | و | | ک | | مستندات مربوط به نتایج تحلیل‌ها، مداخلات اصلاحی و صورت‌جلسات موجود نیست | اما | و | |
| | ج | در این واحد | ز | | ل | | مشارکت پرستاران صورت نگرفته است | مشارکت پرستاران صورت نگرفته است | مشارکت پرستاران صورت گرفته است | |
| | د | | ح | | م | | | | | |
| | | | | ط | | | | | | |

۵-۶) ارزشیابی اثربخشی مراقبت‌های پرستاری

سنجه. شواهد و مستندات نشان می‌دهند دفتر مدیریت پرستاری با مشارکت پرستاران شاخص‌های اثر بخشی مراقبت‌های پرستاری در چند مورد مهم مانند زخم بستر و افتادن بیمار از تخت را مشخص نموده است که از طریق اجرای استانداردهای محور جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها مورد بررسی قرار می‌گیرد.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|------------------------------------|----|---------|----|--------|----------------------------------|---|-----------------------------------|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.ا |
| | الف | صورت‌جلسات تعیین شاخص‌های اثر بخشی | ه | | ی | | صورت‌جلسات موجود است | و | صورت‌جلسات موجود است | |
| | ب | با مشارکت پرستاران | و | | ک | | شاخص‌های اثر بخشی تعیین شده است | اما | و | |
| | ج | در این واحد | ز | | ل | | صورت‌جلسات موجود نیست | یا | و | |
| | د | | ح | | م | | شاخص‌های اثر بخشی تعیین نشده است | در محور جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها مورد بررسی قرار نمی‌گیرد | یا | |
| | | | | ط | | | | با مشارکت پرستاران تعیین نشده است | با مشارکت پرستاران تعیین نشده است | |

۶) خط مشی‌ها و روش‌ها

۱-۶) یک کتابچه/مجموعه خط مشی‌ها و روش‌ها در واحد پرستاری وجود دارد که موضوعات مدیریتی و بالینی این واحد را توصیف می‌نماید:

۱-۱-۶) خط مشی‌ها و روش‌ها در تمام بیمارستان دارای قالب یکسان و یکنواختی هستند.

۲-۱-۶) خط مشی‌ها و روش‌ها به‌طور منظم بازنگری می‌شوند.

۳-۱-۶) خط مشی‌ها به روشنی مشخص هستند.

۴-۱-۶) روش‌ها به روشنی مشخص هستند.

۵-۱-۶) کتابچه/مجموعه دارای یک فهرست دقیق است.

۶-۱-۶) کتابچه/مجموعه دارای نمایه مشخص است.

سنجه. کتابچه/مجموعه (کاغذی/الکترونیکی) * خط مشی‌ها و روش‌ها با مشخصات مندرج در استاندارد ۱-۶-۱ و زیرمجموعه آن، در بیمارستان موجود است و کارکنان بخش‌ها و واحدهای مختلف به موضوعات مربوط به خود، دسترسی دارند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--|---|---|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| | الف | کتابچه/مجموعه خط مشی‌ها و روش‌ها** | ه | | ی | از رده‌های مختلف شغلی | کتابچه/مجموعه موجود نباشد | کتابچه/مجموعه موجود باشد | کتابچه/مجموعه موجود باشد |
| | ب | مشخصات مندرج در استاندارد ۱-۶ و زیرمجموعه آن | و | | ک | اگر به خط مشی‌ها و روش‌های مرتبط با شرح وظایف خود دسترسی دارید آن را با هم بینیم | مشخصات مندرج در بند «ب» را نداشته باشد | مشخصات مندرج در بند «ب» را داشته باشد | مشخصات مندرج در بند «ب» را داشته باشد |
| | ج | در بیمارستان | ز | | ل | در بخش‌ها و واحدهای مختلف | اما | | |
| | د | | ح | | م | ۵ نفر | | | |
| | | | ط | | | | ۰-۱ نفر از افراد مورد مصاحبه به خط مشی‌ها و روش‌های مرتبط با شرح وظایف خود دسترسی داشته باشند | ۲-۳ نفر از افراد مورد مصاحبه به خط مشی‌ها و روش‌های مرتبط با شرح وظایف خود دسترسی داشته باشند | ۴-۵ نفر از افراد مورد مصاحبه به خط مشی‌ها و روش‌های مرتبط با شرح وظایف خود دسترسی داشته باشند |

*تذکر: اولویت با مجموعه خط مشی‌ها و روش‌های الکترونیک است.

**تذکر: منظور کتابچه/مجموعه خط مشی‌ها و روش‌های بیمارستان است که به شکل کاغذی/الکترونیک وجود دارد و نباید برای هر بخش و واحد یک کتابچه/مجموعه جداگانه وجود داشته باشد اما هر بخش یا واحد می‌تواند قسمت مربوط به خود را در دسترس داشته باشد و مورد استفاده قرار دهد.

۶-۲) برای هر خط مشی و روش موارد ذیل باید مشخص باشد:*

- سنجه. برای هر خط مشی و روش موارد ذیل مشخص می‌باشند:
- نام دانشگاه
- نام بیمارستان
- عنوان / موضوع (ژمانند عناوینی که در استانداردهای اعتباربخشی ملی، در قسمت خط مشی‌ها و روش‌ها از بیمارستان‌ها خواسته شده است).
- دامنه خط مشی و روش (مانند بخش یا واحد مربوطه یا در مورد خط مشی و روش‌هایی که برای کل بیمارستان یا قسمت‌های خاصی مثل بخش‌های ویژه موضوعیت دارد جلوی این مورد نوشته می‌شود کل بیمارستان یا بخش‌های ویژه و...).
- کد خط مشی (بیمارستان می‌تواند با هر سیستم کدگذاری که انتخاب می‌کند، خط مشی‌ها و روش‌ها را دسته‌بندی و قابل شناسایی نماید که می‌تواند مجموعه‌ای از حروف و اعداد باشد که به‌عنوان مثال به حروف اول نام بیمارستان، بالینی یا غیربالینی بودن موضوع، بخش یا برنامه مربوطه و شماره خط مشی و روش مورد نظر اشاره نماید).
- تاریخ آخرین بازنگری (چون بازنگری‌ها باید حداقل سالانه باشند، بنابراین اگر از تدوین یک خط مشی کمتر از یک سال گذشته باشد، وجود تاریخ آخرین بازنگری الزامی نیست. شایان ذکر است که تمامی خط مشی‌ها و روش‌ها باید حتما حداقل سالانه بازنگری شوند و حتی اگر پس از بازنگری مشخص شد که نیازی به تغییر نیست، ذکر تاریخ بازنگری ضروری است).
- تاریخ آخرین ابلاغ (باید بعد از تاریخ بازنگری باشد) (اگر خط مشی و روش ابلاغ نشده باشد، امتیاز صفر به آن داده می‌شود).
- تعاریف (در صورتی که واژه‌ها یا اصطلاحات خاصی وجود دارند که به‌نظر می‌رسد اگر تعریف نشوند ممکن است از آن‌ها برداشت‌های متفاوتی شود، این قسمت تدوین می‌گردد و در غیر این صورت وجود آن ضروری نیست اما باید توجه داشت که در صورت تعریف کردن برخی واژه‌ها و اصطلاحات، لازم است یک تعریف واحد در کل بیمارستان ارائه شود و یک واژه در دو یا چند خط مشی، تعاریف متفاوتی نداشته باشد).
- خط مشی: در این قسمت لازم است نوشته شود **چرا** این خط مشی و روش نوشته شده است؛ بیمارستان با نوشتن و اجرای آن در پی دستیابی به **چه هدفی** است (در صورتی که **چرایی و هدف با هم نوشته شده باشند، قابل قبول است و لازم نیست کاملا تفکیک شوند**) و **سیاست بیمارستان** در رابطه با موضوع مورد نظر چیست. (به‌عنوان مثال در رابطه با رعایت بهداشت دست در بیمارستان، می‌توان نوشت: با توجه به **چرایی**) لزوم پیشگیری و کنترل عفونت در بیمارستان و اعلام رعایت بهداشت دست به‌عنوان یک راه حل اثر بخش از سوی سازمان بهداشت جهانی و وزارت متبوع، بیمارستان با **هدف** پیشگیری از انتقال عفونت از بیماری به بیمار دیگر یا به کارکنان از طریق دستهای آلوده، **سیاست** رعایت بهداشت دست‌ها در ۵ موقعیت اعلام شده از سوی سازمان بهداشت جهانی و وزارت متبوع توسط تمامی کارکنان را، اتخاذ نموده است).
- مشخص کردن یک فرد که پاسخ‌گوی اجرای این خط مشی می‌باشد و روشی که وی با استفاده از آن اطمینان حاصل می‌نماید که خط مشی و روش مذکور اجرا می‌شود. (لازم به ذکر است که این شیوه شامل بررسی دوره‌ای روند اجرا و دادن بازخورد و تعامل با مجریان و ذی‌نفعان جهت آگاهی از موانع احتمالی اجرا و برطرف کردن آن‌ها با بهره‌گیری از مشارکت و هم‌فکری آنان می‌باشد و به هیچ عنوان نباید جنبه بازرسی و مچ‌گیری داشته باشد و فقط به منظور تقویت کار تیمی و استفاده از خرد جمعی برای حل کردن مسائل است).

- روش با ذکر سمت و نقش افراد دخیل و مجریان در اجرای آن (بهتر است روش کار به صورت مرحله به مرحله ۱، ۲، ۳، ۴... نوشته شود و لازم است ذکر شود که مراحل مختلف کار توسط چه افرادی انجام می شود تا کارکنان در زمان اجرا دچار ابهام نشوند مگر آن که چند مرحله پشت سر هم توسط یک فرد انجام می شود و کاملاً مشخص است که در این صورت تکرار آن ضرورت ندارد. بدیهی است که منظور مشخص بودن سمت افراد است نه نام آن‌ها).
 - امکانات و تسهیلات مورد نیاز و چک لیست کنترل آن (تدوین این قسمت ضروری نیست).
 - جدول اسامی شامل: اسامی تهیه کنندگان، تاییدکننده و ابلاغ کننده با ذکر سمت آن‌ها و درج امضای تمامی افراد مذکور**
 - شماره صفحات
 - منابع (در مواردی که کاملاً اجرایی است و استفاده از منابع علمی موضوعیت ندارد، در این قسمت نوشته می شود، تجربه بیمارستان).
 - استفاده از فونت، اندازه و فرمت یکسان برای نوشتن خط مشی‌ها و روش‌های بخش‌ها و واحدهای مختلف (به عنوان مثال در تمام موارد برای مشخص کردن قدم‌های مختلف روش، از اعداد یا گوی استفاده شود و اندازه عناوین اصلی و فرعی در تمام موارد یکسان باشند).
- **تذکر: در مورد مشخصات هر خط مشی و روش، بیمارستان می تواند، مشخصات مشترک را در ابتدای کتابچه بیاورد. به عنوان مثال کل کتابچه در تاریخ... بازنگری و در تاریخ... ابلاغ شده است و دیگر لازم نیست برای هر خط مشی و روش جداگانه در صفحه مربوطه درج گردد. همچنین اگر تهیه کنندگان خط مشی‌ها و روش‌های یک بخش یا واحد یک گروه ثابت هستند، می تواند یک بار در ابتدای آن بخش و واحد فهرست آن‌ها را آورد و لازم نیست برای هر بخش و واحد آن را تکرار کرد.
- **تذکر: تاییدکننده یا تاییدکنندگان (می تواند یک فرد یا شورا، کمیته و... باشد با امضای فرد، رییس شورا یا کمیته مذکور) باید بالاترین صلاحیت و اطلاعات علمی و تجربی را در آن موضوع داشته باشند.. نظر به این که اولویت با مجموعه خط مشی‌ها و روش‌های الکترونیک است. برای امضای افراد در جدول اسامی تهیه کنندگان، تاییدکننده و ابلاغ کننده، اسکن امضا یا امضای الکترونیک افراد کفایت می نماید.

۶-۲-۱) مشارکت کادر پرستاری در برنامه‌های پژوهشی

سنجه. خط مشی و روش فوق با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند*.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|--|----|--|--|---|--|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | |
| | الف | خط مشی و روش مربوطه | ه | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه | ی | بیماران، همراهمان یا سایر گروه‌های هدف | بخشی از مستندات موجود باشند یا مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا امکانات موجود باشند | بخشی از مستندات موجود باشند یا بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | |
| | ب | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۶-۲ | و | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه | ک | | ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مستند پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد | ۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مستند پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مستند پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | |
| | ج | در این واحد | ز | ۵ مورد | ل | در این واحد | | یا | مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند |
| | د | | ح | مستقیم و غیرمستقیم | م | ۵ مورد | | یا | مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند |
| | | | ط | | | | | | | |

* تذکر: به عنوان مثال پرسنلی که برای تبعیت از خط مشی‌ها و روش‌ها، صفحات مربوط به خود را از کتابچه خط مشی‌ها و روش‌ها کپی گرفته تا در هر بار انجام کار، براساس آن عمل کند آگاهی لازم را دارد و امتیاز مربوط به آن را کسب می‌کند.

۶-۲-۲) مشارکت کادر پرستاری در برنامه‌های آموزشی (آموزش به بیمار، همراهان، کارکنان و دانشجویان)

سنجه. خط مشی و روش فوق با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|---------------------|--|----|---------------------------------------|----|---|-------------------------------|---|-------|---|--|---|--|---|--|--|---|---|-------------|---|--------|---|---|---|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| الف | خط مشی و روش مربوطه | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف | ه | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | ی | مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا | بخشی از مستندات موجود باشد یا | تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و | غ.ق.ا | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | ب | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۶-۲ | و | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه | ک | ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا | ۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا | ۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | ج | در این واحد | ز | ۵ مورد | ل | ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا | ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا | ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ط | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

۳-۲-۶) مشارکت کادر پرستاری در برنامه‌های مدیریتی

سنجه. خط مشی و روش فوق با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|---|---------|---------|--|----|--|--|---------------------------------------|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| الف | خط مشی و روش مربوطه | ه | مشاهدات | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجربان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف | ی | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | بخشی از مستندات موجود باشد | یا | تمام مستندات موجود باشند |
| | | | | | | | مستندات موجود نباشند | بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند | و تمام امکانات موجود باشند |
| | | | | | | | یا | یا | و |
| | | | | | | | امکانات موجود نباشند | بخشی از امکانات موجود باشد | و |
| ب | حدائق‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۶-۱۲ | و | ک | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه | ک | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه | یا | یا | تطابق عملکرد باشد |
| | | | | | | | ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر | ۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر | ۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر |
| | | | | | | | تطابق عملکرد باشد | تطابق عملکرد باشد | تطابق عملکرد باشد |
| | | | | | | | یا | یا | یا |
| ج | در این واحد | ز | ل | ۵ مورد | ل | در این واحد | یا | یا | مستند است |
| | | | | | | | ۰-۱ مورد مصاحبه | ۲-۳ مورد مصاحبه | ۴-۵ مورد مصاحبه |
| | | | | | | | نشانگر تطابق عملکرد باشد | نشانگر تطابق عملکرد باشد | نشانگر تطابق عملکرد باشد |
| | | | | | | | یا | یا | یا |
| د | مستقیم و غیرمستقیم | ح | م | ۵ مورد | م | ۵ مورد | مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد | یا | مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند |
| | | | | | | | مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | یا | مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند |
| | | | | | | | یا | یا | یا |
| | | | | | | | یا | یا | یا |

۶-۲-۵) ارتباطات بین بخشی

سنجه. خط مشی و روش فوق با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|----|--|----|--|----|---------------------------------------|--|---|---|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.ا |
| الف | | خط مشی و روش مربوطه | ه | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه | ی | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | بخشی از مستندات موجود باشد | | | تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند |
| | | | | | | | یا | | | |
| | | | | | | | بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند | | | |
| | | | | | | | یا | | | |
| ب | و | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۶-۲ | | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه | ک | | مستندات موجود نباشند | | | مستنداتی که در خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی و روش مذکور نباشد |
| | | | | | | | یا | | | |
| | | | | | | | امکانات موجود نباشند | | | |
| | | | | | | | یا | | | |
| ج | | در این واحد | ز | ۵ مورد | ل | در این واحد | ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | | | ۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد |
| | | | | | | | یا | | | |
| | | | | | | | بخشی از امکانات موجود باشد | | | |
| | | | | | | | یا | | | |
| د | | | ح | مستقیم و غیرمستقیم | م | ۵ مورد | ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | | | ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد |
| | | | | | | | یا | | | |
| | | | | | | | مستنداتی که در خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی و روش مذکور نباشد | | | |
| | | | | | | | یا | | | |
| ط | | | | | | | مستنداتی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | | | مستنداتی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند |
| | | | | | | | یا | | | |
| | | | | | | | بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند | | | |
| | | | | | | | یا | | | |

۶-۲-۶) استانداردهای حرفه‌ای و مراقبتی پرستاری

سنجه. خط مشی و روش فوق با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|--|----|--|----|---------------------------------------|---|---|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| | الف | خط مشی و روش مربوطه | ه | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه | ی | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگانی از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | غ.ق.ا |
| | ب | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۶-۲ | و | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه | ک | | یا ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد | یا بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگانی از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | |
| | ج | در این واحد | ز | ۵ مورد | ل | در این واحد | یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد | یا بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگانی از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | |
| | د | | ح | مستقیم و غیرمستقیم | م | ۵ مورد | یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد | یا بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگانی از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | |
| | | | ط | | | | یا بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگانی از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | | |

تذکر: این خط مشی می‌بایست با توجه به کتاب «کلیات استانداردهای مراقبتی و حرفه‌ای پرستاری» دفتر پرستاری تدوین گردد.

۳-۶) خط مشی‌ها و روش‌های بالینی حداقل شامل موارد ذیل هستند:

اقدامات عمومی بالینی از جمله:

۳-۶-۱) مراقبت پوست و حفاظت در برابر زخم‌های فشاری

سنجه. خط مشی و روش فوق با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|----|--|----|---|----|---------------------------------------|---|---|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| الف | | خط مشی و روش مربوطه | ه | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف مشی و روش مربوطه | ی | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | مستندات موجود نباشند | بخشی از مستندات موجود باشد | تمام مستندات موجود باشند |
| | | | | | | | یا | یا | و |
| | | | | | | | امکانات موجود نباشند | بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند | تمام امکانات موجود باشند |
| | | | | | | | یا | یا | و |
| ب | و | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۳-۶-۲ | و | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه | ک | | ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | بخشی از امکانات موجود باشد | ۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد |
| | | | | | | | یا | یا | و |
| | | | | | | | ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد |
| | | | | | | | یا | یا | و |
| ج | | در این واحد | ز | ۵ مورد | ل | در این واحد | ۲-۳ مورد مصاحبه | مستنداتی وجود ندارد | مستنداتی وجود ندارد |
| | | | | | | | یا | یا | و |
| د | | مستقیم و غیرمستقیم | ح | | م | ۵ مورد | مستنداتی وجود ندارد | مستنداتی وجود ندارد | مستنداتی وجود ندارد |
| | | | | | | | یا | یا | و |
| ط | | | | | | | مستنداتی وجود ندارد | مستنداتی وجود ندارد | مستنداتی وجود ندارد |
| | | | | | | | یا | یا | و |

۶-۳-۲) درمان وریدی

سنجه. خط مشی و روش فوق با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|--|----|--|----|---------------------------------------|--|---|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| | الف | خط مشی و روش مربوطه | ه | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه | ی | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا بخشی از امکانات موجود باشد | یا بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند |
| | ب | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۶-۲ | و | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه | ک | | ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد | ۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | |
| | ج | در این واحد | ز | ۵ مورد | ل | در این واحد | | یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | |
| | د | | | مستقیم و غیرمستقیم | ح | ۵ مورد | م | | |
| | | | ط | | | | | | |

۳-۳-۶) فعالیت‌ها و تصمیمات مربوط به مراقبت تسکین درد

سنجه. خط مشی و روش فوق با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|--|----|---------------------------------------|--|--|--|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | |
| | الف | خط مشی و روش مربوطه | ه | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه | ی | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و | غ.ق.ا | |
| | ب | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۶-۲ | و | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه | ک | | مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مستول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد | مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مستول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد | | |
| | ج | در این واحد | ز | ۵ مورد | ل | در این واحد | | مستول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه یا مستول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | مستول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه یا مستول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | |
| | د | | ح | مستقیم و غیرمستقیم | م | ۵ مورد | | مستول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه یا مستول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | مستول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه یا مستول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | |
| | | | ط | | | | | | | |

۶-۳-۴) عدم درپوش گذاری مجدد سرنگ و سرسوزن (no recapping)

سنجه. خط مشی و روش فوق با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|--|----|---|----|---|--|---|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| | الف | خط مشی و روش مربوطه | ه | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف مشی و روش مربوطه | ی | مستندات موجود نباشند یا امکانات موجود نباشند یا ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا ۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | غ.ق.ا |
| | ب | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۶-۲ | و | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه | ک | یا ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | یا ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد | | |
| | ج | در این واحد | ز | ۵ مورد | ل | یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد | یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | | |
| | د | | ح | مستقیم و غیرمستقیم | م | ۵ مورد | | | |
| | | | ط | | | | | | |

۶-۳-۵) تحویل شیفت به نوبت بعدی

سنجه. خط مشی و روش فوق با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|--|----|---------------------------------------|--|---|-------|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | |
| | الف | خط مشی و روش مربوطه | ه | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف مشی و روش مربوطه | ی | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | غ.ق.ا | |
| | ب | حداقل‌های مورد انتظار برای خط مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۶-۲ | و | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه | ک | | یا ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط مشی‌ها و روش مذکور نباشد | یا ۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | | |
| | ج | در این واحد | ز | ۵ مورد | ل | در این واحد | | | | |
| | د | | ح | مستقیم و غیرمستقیم | م | ۵ مورد | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

۶-۳-۶) راهنماهای مراقبت پرستاری

سنجه. خط مشی و روش فوق با رعایت حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده است، افراد دخیل در اجرای خط مشی و روش مذکور، در تهیه آن شرکت داشته و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|--|-------------|---------------------------------------|--|---|---|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.ا |
| | الف | خط مشی و روش مربوطه | ه | امکانات و تسهیلات مورد اشاره در خط مشی و روش و عملکرد مجریان و عملکرد بیماران یا سایر گروه‌های هدف خط مشی و روش مربوطه | ی | بیماران، همراهان یا سایر گروه‌های هدف | بخشی از مستندات موجود باشد یا بخشی از مشخصات بند «ب» را داشته باشند یا بخشی از امکانات موجود باشد یا ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد | تمام مستندات موجود باشند و تمام امکانات موجود باشند و ۴-۵ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد و ۴-۵ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد و مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و نمایندگان از تمام رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | | |
| | ب | حداقل‌های مورد انتظار برای خط‌مشی‌ها و روش‌های مندرج در سنجه استاندارد شماره ۶-۲ | و | در خصوص اجرایی شدن خط مشی و روش مربوطه | ک | | ۰-۱ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۰-۱ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه جزو تهیه‌کنندگان خط‌مشی‌ها و روش مذکور نباشد | | | |
| | ج | در این واحد | ز | ۵ مورد | در این واحد | ل | | ۲-۳ مورد مشاهده، نشانگر تطابق عملکرد باشد یا ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | | |
| | د | | ح | مستقیم و غیرمستقیم | در این واحد | م | | ۲-۳ مورد مصاحبه نشانگر تطابق عملکرد باشد یا مسئول پاسخ‌گویی به خط مشی و روش مربوطه و تعدادی از نمایندگان از برخی رده‌های شغلی که در اجرای روش‌ها دخالت دارند در فهرست تهیه‌کنندگان موجود باشند | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | ط | | | | | | |

۷) امکانات و ملزومات

۷-۱) کارکنان، امکانات لازم برای انجام وظایف مشخص شده را، در اختیار دارند.

سنجه ۱. مستندات نشان می‌دهند واحد مدیریت پرستاری تمامی فرآیندهای بالینی و غیربالینی خود را جهت دستیابی به اهداف مراقبتی بیماران و تامین ایمنی بیمار و کارکنان و چک لیست کنترلی آن را مشخص کرده است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|--|----|---------|----|--------|------------------------------|--|------------------------------------|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.ا |
| ۱ | الف | فهرست و فلوچارت فرآیندهای بالینی و غیربالینی این واحد و چک لیست کنترلی | ه | | ی | | مستندات بند «الف» موجود است | اما | مستندات بند «الف» موجود و کامل است | |
| | ب | در زمینه مراقبت از بیمار تامین ایمنی بیمار و تامین ایمنی کارکنان | و | | ک | | مستندات بند «الف» موجود نیست | کامل نیست و تمام موضوعات مندرج در سنجه در آن دیده نشده است | | |
| | ج | در این واحد | ز | | ل | | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

سنجه ۲. تجهیزات و امکانات براساس چک لیست موجود است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|--------------------------|----|--|----|--------|------------------------------------|------------------------------------|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| | الف | چک لیست تکمیل شده | ه | تجهیزات و امکانات براساس چک لیست | ی | | | | |
| | ب | در فواصل زمانی تعیین شده | و | در این واحد | ک | | | | |
| | ج | در این واحد | ز | ۵ مورد با اولویت امکانات و تجهیزات ضروری | ل | | ۲-۳ مورد موجود و آماده به کار باشد | ۴-۵ مورد موجود و آماده به کار باشد | |
| | د | | ح | کنترل سالم و آماده به کار بودن | م | | ۰-۱ مورد موجود و آماده به کار باشد | | |
| | | | ط | | | | | | |

۲-۷) موارد ذیل به مدیر پرستاری، اختصاص داده شده است:

۱-۲-۷) یک دفتر اختصاصی با ملزومات کافی

سنجه. شواهد نشان می‌دهند یک دفتر با ملزومات اداری به‌عنوان دفتر پرستاری در نظر گرفته شده است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|---------|----|-------------------------------|----|--|--------|---|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| | الف | | ه | دفتر پرستاری با ملزومات اداری | ی | دفتری با ملزومات اداری به‌عنوان دفتر پرستاری در نظر گرفته نشده است | ۱ | ۲ | غ.ق.ا |
| | ب | | و | | ک | | | | |
| | ج | | ز | | ل | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

۲-۲-۷) یک منشی

سنجه. شواهد نشان می‌دهند یک منشی به مدیر پرستاری اختصاص داده شده است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|---------|----|---------|----|-------------------------|--------|---|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| | الف | | ه | منشی | ی | مدیر پرستاری منشی ندارد | ۱ | ۲ | غ.ق.ا |
| | ب | | و | | ک | | | | |
| | ج | | ز | | ل | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

۷-۲-۳) یک خط تلفن مستقل

سنجه. شواهد نشان می‌دهند خط تلفن مستقل به دفتر پرستاری اختصاص داده شده است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|---------|----|---------------|----|---|--------|---|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| | الف | | ه | خط تلفن مستقل | ی | واحد مدیریت پرستاری خط تلفن مستقل ندارد | ۱ | ۲ | غ.ق.ا |
| | ب | | و | | ک | | | | |
| | ج | | ز | | ل | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

۷-۲-۴) یک خط تلفن بی سیم / پیجر (فراخوان کننده)

سنجه. شواهد نشان می‌دهند یک خط تلفن بی سیم / پیجر (فراخوان کننده) به واحد مدیریت پرستاری اختصاص داده شده است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|---------|----|---------------------------------------|----|---|--------|---|-------|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| | الف | | ه | خط تلفن بی سیم / پیجر (فراخوان کننده) | ی | واحد مدیریت پرستاری خط تلفن بی سیم / پیجر (فراخوان کننده) ندارد | ۱ | ۲ | غ.ق.ا |
| | ب | | و | | ک | | | | |
| | ج | | ز | | ل | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

۷-۲-۵) حداقل یک دستگاه رایانه

سنجه. شواهد نشان می‌دهند حداقل یک دستگاه رایانه به واحد مدیریت پرستاری اختصاص داده شده است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---------|----|---------|----|---|--------|---|---|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.ا |
| | الف | | ه | رایانه | ی | واحد مدیریت پرستاری حداقل یک رایانه ندارد | | | | واحد مدیریت پرستاری حداقل یک رایانه دارد |
| | ب | | و | | ک | | | | | |
| | ج | | ز | | ل | | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

۷-۲-۶) امکانات برگزاری جلسات مورد نیاز

سنجه. شواهد نشان می‌دهند امکانات برگزاری جلسه برای مدیر پرستاری فراهم می‌باشد.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---------|----|----------------------|----|---|--------|---|---|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | غ.ق.ا |
| | الف | | ه | امکانات برگزاری جلسه | ی | درواحد مدیریت پرستاری امکانات برگزاری جلسه موجود نمی‌باشد | | | | درواحد مدیریت پرستاری امکانات برگزاری جلسه موجود می‌باشد |
| | ب | | و | | ک | | | | | |
| | ج | | ز | | ل | | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

۷-۲-۷) مجوز فرصت مطالعاتی به منظور ارتقای سطح تحصیلی

سنجه. مستندات اعطای فرصت‌های مطالعاتی برای مدیر پرستاری وجود دارد.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|---------------------------------|----|---------|----|--|--------|---|---|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| | الف | مستندات اعطای فرصت‌های مطالعاتی | ه | | ی | مستندات اعطای فرصت‌های مطالعاتی برای مدیر پرستاری وجود ندارد | ۱ | ۲ | مستندات اعطای فرصت‌های مطالعاتی برای مدیر پرستاری وجود دارد |
| | ب | | و | | ک | | | | |
| | ج | | ز | | ل | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

۷-۳) مدیر پرستاری اطمینان حاصل می‌کند که کادر پرستاری، تجهیزات و وسایل مورد نیاز برای ارائه مراقبت مناسب از بیماران را در اختیار دارند که حداقل شامل موارد ذیل است:

۷-۳-۱) یخچال‌های جداگانه برای داروها و کارکنان

سنجه. شواهد نشان می‌دهند یخچال‌های جداگانه برای داروها و کارکنان در تمام بخش‌های بالینی وجود دارد.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|---------|----|---|----|--|--------|---|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| | الف | | ه | یخچال‌های جداگانه برای داروها و کارکنان | ی | در ۱-۰ بخش بالینی یخچال‌های جداگانه برای داروها و کارکنان موجود باشد | ۱ | ۲ | در ۳-۲ بخش بالینی یخچال‌های جداگانه برای داروها و کارکنان موجود باشد |
| | ب | | و | در تمام بخش‌های بالینی | ک | | | | |
| | ج | | ز | ۵ بخش | ل | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

۷-۳-۲) وسایل حفاظت فردی (ماسک و دستکش و در صورت لزوم گان و محافظ چشم و صورت)

سنجه. شواهد نشان می‌دهند وسایل حفاظت فردی (ماسک و دستکش و در صورت لزوم گان و محافظ چشم و صورت) در تمام بخش‌های بالینی وجود دارد.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|---------|----|---------------------------------------|----|----------------------------------|--|----|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| | الف | | ه | وسایل حفاظت فردی ذکر شده در استاندارد | ی | وسایل حفاظت فردی اصلا وجود ندارد | وسایل حفاظت فردی در بعضی از بخش‌های بالینی موجود است | یا | تمام وسایل حفاظت فردی در تمام بخش‌های بالینی موجود است |
| | ب | | و | در تمام بخش‌های بالینی | ک | | | | |
| | ج | | ز | ۵ بخش | ل | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

۷-۳-۳) وسایل مناسب جهت دفع وسایل نوک تیز به تعداد کافی

سنجه. شواهد نشان می‌دهند وسایل مناسب جهت دفع وسایل نوک تیز در تمام بخش‌های بالینی مطابق با دستورالعمل تزریقات ایمن وجود دارد.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | |
|------------|-----|---------|----|-----------------------------|----|---|--------|---|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ |
| | الف | | ه | وسایل جهت دفع وسایل نوک تیز | ی | حتی در یکی از ۵ بخش وسایل مطابق دستورالعمل جهت دفع وسایل نوک تیز وجود ندارد | | | در تمام ۵ بخش وسایل مطابق دستورالعمل جهت دفع وسایل نوک تیز وجود دارد |
| | ب | | و | در تمام بخش‌های بالینی | ک | | | | |
| | ج | | ز | ۵ بخش | ل | | | | |
| | د | | ح | مطابق دستورالعمل | م | | | | |
| | | | ط | | | | | | |

۷-۳-۴) روشویی به تعداد کافی همراه باوسایل شستشوی بهداشتی

سنجه. شواهد نشان می‌دهند که حداقل یک روشویی (ترجیحا پدالی یا دارای چشم الکترونیک که نیاز به تماس دست نداشته باشد) همراه با صابون مایع، خشک کن برقی یا حوله کاغذی در هر بخش بالینی موجود است.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---------|----|--|----|--|---|---|-------|---|
| | | | | | | | غ.ق.ا | ۲ | ۱ | ۰ |
| | الف | | ه | حداقل یک روشویی با شرایط مندرج در سنجه | ی | در ۰-۱ بخش بالینی روشویی با شرایط مندرج در سنجه وجود ندارد | در ۳-۲ بخش بالینی روشویی با شرایط مندرج در سنجه وجود دارد | در ۵-۴ بخش بالینی روشویی با شرایط مندرج در سنجه وجود دارد | غ.ق.ا | |
| | ب | | و | در تمام بخش‌های بالینی | ک | | | | | |
| | ج | | ز | ۵ بخش | ل | | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

تذکر: در سنجه‌های مربوط به استاندارد ۷-۳ و زیراستانداردهای آن در صورتی که در طی روزهای بازدید از بیمارستان مشاهده شود که در بخش‌هایی به جز ۵ بخش بازدید شده امکانات ذکر شده در استاندارد وجود ندارد می‌توان امتیاز ۲ بیمارستان را به ۱ تغییر داد.

۷-۳-۵) تخت‌ها/برانکار با قابلیت بالا و پایین رفتن (تنظیم ارتفاع) و دارای نرده‌های محافظ

سنجه. شواهد نشان می‌دهند تمامی تخت‌ها و برانکارها مورد استفاده، سالم و آماده به کار بوده، قابلیت بالا و پایین رفتن را داشته و دارای نرده‌های محافظ می‌باشند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | |
|------------|-----|---------|----|---|----|--|--|-------|---|---|
| | | | | | | | غ.ق.ا | ۲ | ۱ | ۰ |
| | الف | | ه | تخت‌ها و برانکارهای موجود در بخش‌های بالینی با مشخصات مندرج در سنجه | ی | حتی یک تخت یا برانکار موجود در بخش‌های بالینی شرایط مندرج در سنجه را نداشته باشد | تمامی تخت‌ها یا برانکارهای موجود در بخش‌های بالینی شرایط مندرج در سنجه را داشته باشد | غ.ق.ا | | |
| | ب | | و | | ک | | | | | |
| | ج | | ز | ۵ تخت (ترجیحا از بخش‌های ویژه) و ۵ برانکار (ترجیحا در بخش اورژانس) | ل | | | | | |
| | د | | ح | | م | | | | | |
| | | | ط | | | | | | | |

۸) کمیته‌ها

۸-۱) مدیر پرستاری یا نماینده وی در کمیته‌های بیمارستانی که حداقل شامل موارد زیر است شرکت می‌کنند:

۸-۱-۱) بهبود کیفیت

۸-۱-۲) کنترل عفونت

۸-۱-۳) دارو و درمان

۸-۱-۴) مدارک پزشکی

۸-۱-۵) بحران و بلایا

۸-۱-۶) مرگ و میر

سنجه. صورت‌جلسات کمیته‌ها نشان می‌دهند که مدیر پرستاری یا نماینده وی در جلسات کمیته‌های فوق شرکت می‌نمایند.

| شماره سنجه | کد | مستندات | کد | مشاهدات | کد | مصاحبه | امتیاز | | | | |
|------------|-----|---|----|---------|----|---|--|---|---|-------|--|
| | | | | | | | ۰ | ۱ | ۲ | ۳ | |
| | الف | کپی صورت‌جلسات کمیته‌های مندرج در سنجه | ه | | ی | | | | | غ.ق.۱ | |
| | ب | با درج امضا مدیر پرستاری یا جانشین وی در صورت‌جلسات که به‌عنوان جانشین مدیر پرستاری امضا شده باشد | و | | ک | صورت‌جلسات کمیته‌ها موجود نیست یا امضاءهای مورد نظر در هیچ‌کدام از صورت‌جلسات موجود نباشد | برخی از صورت‌جلسات موجود است یا امضاءهای مورد نظر در برخی از صورت‌جلسات موجود باشد | صورت‌جلسات ۳ جلسه اخیر تمامی کمیته‌ها موجود است و امضاءهای مورد نظر در تمام صورت‌جلسات موجود باشد | | | |
| | ج | در این واحد | ز | | ل | | | | | | |
| | د | حداقل ۳ صورت‌جلسه اخیر هر کمیته | ح | | | م | | | | | |
| | | | | ط | | | | | | | |

منابع

1. Joint Commission International; Accreditation Standards For Hospital ; Fourth Edition; 2010.
2. Tehewy M, Hussaainy N, Kassous SA, et al. (Arab work team of experts). Arab Accreditation tool for Healthcare Organization.2008 .
3. Ravaghi H, Sadat SM, Mostofian F, Vazirian S, Heydarpoor p, translators. Assessment of Patient Safety in Hospitals: a manual for evaluation. Ministry of health and medical education of Iran, Medical affairs deputy, Hospital management and clinical excellence office. 2nd edition; 2012.
4. Un Resident Coordinator System In Lebanon; Hospital Accreditation Standards ; 2009.
5. United States Agency International Development; Egyptian Hospital Accreditation Program: Standards; 2006.
6. Direction De 1 Amelioration De La Qualite Et De La Securite Des Soins; Manuel De Certification Des Etablissements De Santé ; V2010, November 2008
7. Health Campus University Sains Malaysia Quality; Hospital Accreditation Standards In Malaysia ; 2003.
8. Health Campus University Sains Malaysia Quality; Hospital Accreditation Standards In Malaysia ; 5 March; 2011.
9. Comprehensive accreditation manual for hospital (CAMH); 2012
10. Joint Commission On The Accreditation Of Healthcare Organizations (JCAHO); Hospital Accreditation Standards: Accreditation Policies, Standards, Elements Of Performance (HAS) ;2010 Edition.
11. Evidence And Information For Policy Department Of Health Service Provision(OSD), World Health Organization. Quality And Accreditation In Health Care Service, Switzerland ; Geneva;2003 .
12. Anne L. Rooney; Paul R. Van Ostenberg. Licensure; Accreditation, And Certification: Approaches To Health Service Quality ; Center For Human Services (CHS); 1999.
13. Cerqueira, Marcos; A Literature Review On The Benefits; Challenges And Trends In Accreditation As A Quality Assurance System ; Ministry Of Children And Family Development Contact, P:1-66.