



مؤسسه ملی تحقیقات سلامت
جمهوری اسلامی ایران



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی تهران

ارتقای بهره‌وری در بیمارستان

پروژه ۱: نظام ارزیابی مستمر عملکرد بیمارستان

مؤسسه ملی تحقیقات سلامت
اسفند سال ۱۴۰۱

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

ارتقای بهره‌وری در بیمارستان

پروژه ۱: نظام ارزیابی مستمر عملکرد بیمارستان

مجری طرح:

دکتر مهدی یوسفی

عضو هیئت علمی گروه آموزشی علوم مدیریت و اقتصاد سلامت دانشگاه علوم پزشکی مشهد

همکاران اصلی:

سیده نفیسه ارفع شهیدی، آتوسا آریافر

فهرست مطالب

فصل اول: حمایت طلبی اولیه: تحلیل ذینفعان و جلب حمایت ذینفعان کلیدی.....	۱
۱-۱) کلیات و بیان مسئله.....	۲
۱-۲) شناسایی و تحلیل ذینفعان.....	۳
۱-۲-۱) گام اول: شناسایی ذینفعان.....	۴
۱-۲-۲) گام دوم: اولویت‌بندی ذینفعان.....	۴
۱-۲-۳) گام سوم: شناخت ذینفعان کلیدی.....	۷
۱-۳) حمایت طلبی از ذینفعان کلیدی.....	۷
۱-۳-۱) بررسی سطح پذیرش ذینفعان کلیدی.....	۸
۱-۳-۲) راهکارهای جلب حمایت طلبی اولیه ذینفعان کلیدی.....	۹
۱-۳-۳) نکات مهم در فرآیند حمایت طلبی اولیه.....	۱۱
فصل دوم: مطالعه و طراحی: چارچوب نظری، مرور متون و روش کار و چارچوب طرح.....	۱۲
۲-۱) مبانی نظری.....	۱۳
۲-۱-۱) مفهوم و تعریف ارزیابی.....	۱۳
۲-۱-۲) مفهوم ارزیابی عملکرد.....	۱۳
۲-۱-۳) تاریخچه ارزیابی.....	۱۴
۲-۱-۴) مدیریت عملکرد.....	۱۵
۲-۱-۵) اهداف ارزیابی عملکرد.....	۱۶
۲-۱-۶) مزایای ارزیابی عملکرد.....	۱۷
۲-۱-۷) نظام‌های ارزیابی عملکرد.....	۱۸
۲-۱-۸) معیارهای ارزیابی.....	۱۸
۲-۱-۹) تاریخچه اعتباربخشی بیمارستان‌ها در ایران.....	۱۸
۲-۲) مرور متون.....	۲۲
۲-۲-۱) مرور تجربیات و شواهد داخلی.....	۲۲
۲-۲-۲) مرور تجربیات و شواهد خارجی.....	۲۶
۲-۳) روش کار و چارچوب طرح.....	۲۷
۲-۳-۱) روش کار.....	۲۷
۲-۳-۲) چارچوب طرح.....	۳۳
نظام ارزیابی مستمر عملکرد بخش‌ها و واحدها مجتمع بیمارستانی امام رضا(ع).....	۳۳
ماده ۱: مقدمه کلیات.....	۳۳

ماده ۲: مدل کلی نظام ارزیابی مستمر عملکرد بخش ها و واحدها.....	۳۳
ماده ۳: اهداف.....	۳۴
ماده ۴: منابع داده ای.....	۳۴
ماده ۵: شیوه های جمع آوری اطلاعات.....	۳۵
ماده ۶: تحلیل داده ها.....	۳۶
ماده ۷: محور مقررات و الزامات اجرایی.....	۳۶
ماده ۸: دوره های ارزیابی.....	۳۷
ماده ۹: محور بازخورد و انتشار اطلاعات.....	۳۷
ماده ۱۰: محور کمیته راهبردی.....	۳۸
ماده ۱۱: حداقل داده ها.....	۳۸
ماده ۱۲:.....	۸۴
فصل سوم: حمایت طلبی برای اجرا: شیوه های تعامل با محیط و ذینفعان.....	۸۵
۳-۱) شناسایی ذینفعان هدف در مسیر اجرا و حمایت طلبی و تعامل با ایشان.....	۸۶
۳-۲) نکات مهم در حمایت طلبی برای اجرا.....	۹۰
فصل چهارم: اجرا، ارزشیابی، بازخورد و پایداری.....	۹۲
۴-۱) روش اجرا.....	۹۳
۴-۱-۱) انتخاب شرکت نرم افزاری.....	۹۳
۴-۱-۲) تحلیل سیستم.....	۹۶
۴-۱-۳) طراحی سامانه.....	۹۸
۴-۱-۴) پایلوت و اصلاح اولیه.....	۱۰۰
۴-۱-۵) سازماندهی ارزیابان شامل انتخاب ارزیاب، آموزش ارزیاب، برنامه ریزی و استقرار کامل سامانه.....	۱۰۰
۴-۱-۶) طراحی قالب گزارشات.....	۱۰۶
۴-۲) چالش ها و راهکارهای اجرایی در مسیر اجرای پروژه.....	۱۰۷
۴-۳) روش های بازخورد به ذینفعان.....	۱۰۸
۴-۴) یافته های اجرای پروژه.....	۱۰۹
۴-۴-۱) شاخص های عملکردی بر اساس یافته های حاصل از سامانه ارزیابی عملکرد مستمر بیمارستان.....	۱۰۹
۴-۴-۲) تشویقی و کنترل انضباطی.....	۱۱۱
۴-۴-۳) امکانات سامانه ارزیابی.....	۱۱۳
منابع.....	۱۱۴

پیشگفتار

بیمارستان‌ها سهم قابل توجهی از هزینه‌های نظام سلامت را به خود اختصاص می‌دهند و به دلیل پیچیدگی‌های ساختاری در حوزه منابع انسانی، تجهیزات و فرآیندهای ارائه خدمات، نیازمند سازوکارها و راهبردهای کارآمد برای بهبود بهره‌وری هستند. این ضرورت به‌ویژه در بیمارستان‌های دولتی که با محدودیت منابع مواجه‌اند، بیش از پیش احساس می‌شود. در ایران، با وجود انجام برخی مطالعات در زمینه بهره‌وری بیمارستان‌ها، همچنان چالش‌هایی نظیر نبود رویکردهای جامع و یکپارچه و عدم انطباق این مطالعات با شرایط واقعی بیمارستان‌های دولتی مشاهده می‌شود.

بهره‌وری در بیمارستان‌ها مفهومی چندبعدی است که نه تنها به کارایی در استفاده از منابع (نیروی انسانی، تجهیزات، فضا و زمان) مرتبط می‌شود، بلکه اثربخشی خدمات درمانی و بهداشتی را نیز در برمی‌گیرد. بهره‌وری بیمارستان صرفاً به کاهش هزینه‌ها و افزایش درآمد محدود نمی‌شود، بلکه باید بهبود کیفیت خدمات، ارتقای ایمنی بیماران و افزایش رضایت بیماران و کارکنان را نیز شامل شود. به عنوان نمونه، در بیمارستان‌های دولتی، بهینه‌سازی فرآیندها، کاهش زمان انتظار بیماران، پیشگیری از عفونت‌های بیمارستانی و کاهش خطاهای پزشکی از جمله راهکارهای کلیدی برای افزایش بهره‌وری محسوب می‌شوند.

با توجه به اهمیت این موضوع، در سال‌های گذشته بسیاری از بیمارستان‌های کشور از جمله مجتمع بیمارستانی امام رضا (ع) مشهد با رویکردی علمی و مبتنی بر مدیریت تغییر، اقدام به طراحی و اجرای مدل‌هایی برای بهبود بهره‌وری بیمارستان‌ها نموده‌اند. در این راستا، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت به‌عنوان یک نهاد پیشرو در تولید و ترویج شواهد علمی در حوزه سلامت، مطالعه حاضر را با هدف مستندسازی و انتشار تجربیات موفق بیمارستان امام رضا (ع) مشهد در زمینه بهبود بهره‌وری بیمارستان‌ها به آقای دکتر مهدی یوسفی (مدیر وقت توسعه و پشتیبانی نیروی انسانی مجتمع آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا (ع) مشهد) سفارش داد. این پژوهش با هدف تکمیل و مستندسازی یک مدل جامع برای بهبود بهره‌وری بیمارستان‌ها در قالب ۲۶ طرح مرتبط به هم انجام شده است که به علت حجم بالای مطالب، گزارش هر طرح به صورت جداگانه تدوین گردیده است و این مجلد، گزارش یکی از طرح‌های یادشده می‌باشد. امید است مستندسازی این تجربیات ارزشمند بتواند الگویی علمی و مبتنی بر شواهد در اختیار بیمارستان‌های دولتی کشور قرار دهد و به مدیران مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت کمک کند تا عملکرد مراکز درمانی را بهبود بخشند و گامی مؤثر در راستای ارتقای رضایت گیرندگان خدمات سلامت و بهبود سلامت جامعه بردارند.

دکتر علی اکبری ساری، رئیس مؤسسه ملی تحقیقات سلامت

فصل اول: حمایت طلبی اولیه: تحلیل دینفعان و جلب حمایت دینفعان کلیدی

فهرست مطالب فصل:

- کلیات و بیان مسئله
- شناسایی و تحلیل دینفعان
 - گام اول: شناسایی دینفعان
 - گام دوم: اولویت بندی دینفعان
 - گام سوم: شناخت دینفعان کلیدی
- حمایت طلبی از دینفعان کلیدی
 - بررسی سطح پذیرش دینفعان کلیدی
 - راهکارهای جلب حمایت دینفعان کلیدی
 - نکات مهم در فرآیند حمایت طلبی اولیه

۱-۱) کلیات و بیان مسئله^۱

تحولات مدیریت، وجود نظام ارزیابی را اجتناب ناپذیر نموده است؛ به گونه‌ای که فقدان نظام ارزیابی در ابعاد مختلف، اعم از ارزیابی در استفاده از منابع و امکانات، کارکنان، اهداف و راهبردها به عنوان یکی از علائم بیماری‌های سازمان قلمداد می‌گردد. سازمان‌ها همواره علاقه دارند ارزیابی کنند که چگونه هستند، زیرا چنین تصور می‌شود که اگر بدانیم چگونه‌ایم بهتر می‌توانیم برای آینده برنامه‌ریزی کنیم و تصمیم بگیریم که چگونه باشیم.

از طرف دیگر بدون شناسایی چالش‌های پیش روی سازمان و کسب بازخورد و اطلاع از میزان اجرای سیاست‌های تدوین شده و شناسایی مواردی که بهبود جدی نیاز دارند، بهبود مستمر عملکرد میسر نخواهد شد. تمامی موارد مذکور بدون اندازه‌گیری و ارزیابی امکان‌پذیر نیست. همچنین ارزیابی و اندازه‌گیری عملکرد موجب هوشمندی سیستم و برانگیختن افراد در جهت رفتار مطلوب می‌شود و بخش اصلی تدوین و اجرای سیاست سازمانی است (۱).

بخش رقابتی و پویای مراقبت‌های درمانی، بیمارستان‌ها را به سمت انعطاف بیشتر و توجه به کیفیت در ارائه خدمات سوق داده و بیان‌گر این مسئله است که پیاده‌سازی نظام ارزیابی عملکرد صحیح، برای پایش و بهبود فعالیت‌های بیمارستان ضروری است. از این‌رو در نظر گرفتن معیارهای اساسی و یافتن نقاط کلیدی، از جمله مهم‌ترین عوامل ارزیابی عملکرد در بیمارستان‌هاست. نشان‌گرهای ارزیابی کننده، سازمان را قادر می‌سازد تا به نقطه بهبود مصادیق دست یابد. ارزیابی عملکرد، اطلاعات بسیار مفیدی برای نظارت، ارزیابی وضعیت فعلی و نحوه به کارگیری منابع در هر بیمارستان را در اختیار مدیران قرار می‌دهد (۲).

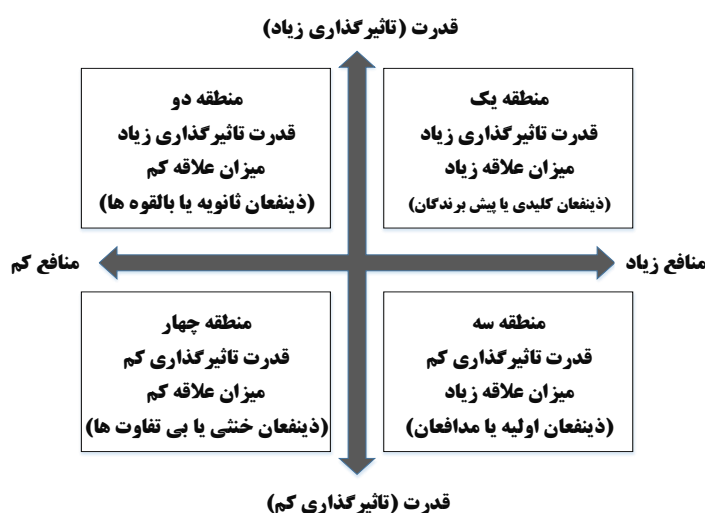
ارزیابی عملکرد بیمارستان‌های دولتی با استفاده از مدل‌های تعالی و همچنین مقایسه دقیق عملکرد آن‌ها باعث افزایش بهره‌وری و افزایش رضایت بیماران و جامعه خواهد شد. در حال حاضر ارزیابی عملکرد در بیمارستان‌های ایران بر استانداردهای اعتباربخشی متمرکز می‌باشد و سایر ارزیابی‌ها به صورت پراکنده انجام می‌شود. بسیاری از این الگوها رضایت‌بخش نبوده‌اند، زیرا کانون توجه محدودی داشته‌اند و نتایج همه جانبه‌ای از عملکرد بیمارستان ارائه نمی‌دهند. بهترین نظام ارزیابی عملکرد، نظامی است که بازتابی از همه موضوعات درونی و بیرونی و همه‌ی ابعاد بیمارستان باشد (۳).

مجتمع آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا (ع) شهر مشهد با حدود ۱۰۰۰ تخت فعال به عنوان یک بیمارستان فوق تخصصی در ردیف یکی از بزرگ‌ترین مراکز عمده آموزشی، پژوهشی و درمانی دانشگاهی سطح کشور شناخته می‌شود. سالانه

بیش از ۶۰ هزار بیمار به این مجتمع آموزشی، پژوهشی و درمانی مراجعه می‌کنند. با توجه به اینکه در سطح سازمانی تعداد فزاینده‌ای از مؤسسات، خودارزیابی را به‌عنوان رویکرد بهبود مستمر و اندازه‌گیری عملکرد جاری سازمان در قالب یک الگو که نشانگر موقعیت برتری سازمانی است، اتخاذ کرده‌اند (۴)؛ هدف از انجام این پروژه، طراحی و استقرار یک نظام مناسب برای ارزیابی مستمر عملکرد در مجتمع آموزشی پژوهشی و درمانی امام رضا (ع) مشهد بوده است.

۲-۱) شناسایی و تحلیل ذینفعان

با توجه به کثرت ذینفعان پروژه و با هدف صرفه‌جویی در زمان و هزینه، تحلیل ذینفعان انجام می‌گیرد. روش مورد استفاده برای بررسی و شناسایی ذینفعان کلیدی در پروژه حاضر ماتریس منافع - قدرت بوده است. در این ماتریس، ذینفعان را از دو بعد مختلف قدرت که با مصداق میزان تأثیرگذاری و منافع که مصداق میزان تأثیرپذیری است مورد تحلیل قرار می‌دهد. شکل زیر الگوی تحلیل با توجه به این مدل را نشان می‌دهد.



شکل ۱: ماتریس منافع - قدرت

همان‌طور که در شکل فوق دیده می‌شود ذینفعانی که هم قدرت و هم منافع بالایی دارند پیش‌برندگان یا ذینفعان کلیدی نام‌گذاری شده‌اند (۴). این روش از نوع کمی بر مبنای آزمون میانگین بر پایه اندازه‌گیری رفتاری با مقیاس لیکرت و ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه بوده است که به تعیین وضعیت قدرت و منافع ذینفعان از نگاه مطلعین کلیدی^۱ شامل کارشناسان و متخصصان آگاه به فرآیند ارزیابی عملکرد بخش‌ها و واحدها هستند، می‌پردازد. این روش مشخص می‌کند که ذینفعان چگونه بر

^۱ key informants

مبنای قدرت-منافع در خصوص یک پروژه تأثیرگذار و یا تأثیرپذیرند. جهت تحلیل دینفعان سه گام اصلی شامل شناسایی، اولویت‌بندی و شناخت دینفعان کلیدی دنبال می‌شود.

۱-۲-۱) گام اول: شناسایی دینفعان

اولین گام جهت طراحی ابعاد نظام ارزیابی عملکرد بیمارستان، شناسایی دینفعان است. دینفعان پروژه، افراد، گروه‌ها یا سازمان‌هایی هستند که ممکن است اثر بگذارند، اثر بپذیرند، یا خود را در معرض اثرگذاری یک تصمیم، فعالیت یا نتیجه پروژه قرار دهند. دینفعان ممکن است در سطوح مختلفی، درون سازمان بوده و ممکن است سطوح قدرت متفاوتی داشته یا اینکه احتمال دارد خارج از سازمان اجرایی پروژه باشند (۵). اسامی دینفعان مرتبط با پروژه نظام ارزیابی مستمر عملکرد بیمارستان در مجتمع بیمارستانی امام رضا(ع) مشهد در جدول دو ارائه شده است.

۱-۲-۲) گام دوم: اولویت‌بندی دینفعان

اولویت‌بندی دینفعان باید به گونه‌ای باشد که تصویری روشن از میزان قدرت و منافع هر دینفع و همچنین انتظارات ایشان ارائه دهد. منشأ قدرت دینفعان در این موضوع منبعث از اختیار در خصوص تصویب، کیفیت، هزینه و زمان پروژه می‌باشد. سرچشمه منافع دینفعان در نظام ارزیابی عملکرد بیمارستان در بیمارستان نشأت گرفته از مسائل مرتبط با اهداف و رسالت، حق قانونی، توسعه فرصت‌ها، مسائل مرتبط با سلامت و ایمنی و حفظ شرایط موجود می‌باشد (جدول ۱).

جدول ۱: ریشه‌های قدرت و منافع در فرآیند تحلیل دینفعان

حوزه اصلی	منشأ	توضیح مختصر
قدرت	تصویب	این مورد به اختیار دینفع برای تصویب یا عدم تصویب پروژه مربوط می‌شود.
	زمان	این مورد به قدرت دینفع در تغییر و کنترل زمان (تسریع یا تأخیر) پروژه اشاره دارد.
	هزینه	این مورد به قدرت دینفع در تغییر و کنترل مقدار هزینه (مالی، منابع انسانی، فیزیکی و تجهیزات) پروژه اشاره دارد.
	کیفیت	این مورد به قدرت دینفع در تغییر و کنترل سطح کیفیت نحوه اجرای فرآیند و خروجی/خروجی‌های پروژه اشاره دارد.
منافع	اهداف و رسالت	این مورد به مواردی مرتبط می‌گردد که مستقیماً با اهداف و رسالت یک گروه دینفع مرتبط است. در این حالت دینفع علی‌رغم اینکه ممکن است تمایل چندانی به درگیر شدن در پروژه را نداشته باشد اما به واسطه رسالتی که دارد باید در پروژه‌ها یک نقش مانند تأمین زیرساخت را بر عهده بگیرد.
	توسعه فرصت‌ها	این مورد مربوط به حالتی است که در آن یک گروه دینفع برای افزایش قدرت سیاسی و افزودن بر فرصت‌های موجود خود در پروژه بتواند سایرین را با خود متحد نماید.
	سلامت و ایمنی	این مسئله به سلامت پرسنل و ایمنی ایشان مرتبط می‌شود. برای کارکنان محل ساخت یک پروژه یا شرایط کاری در وضعیت جدید امری حیاتی است.

حوزه اصلی	منشأ	توضیح مختصر
	حفظ شرایط موجود	این مورد با منافع به منظور ماندگاری و بقای ذینفعان و حفظ شرایط موجود در ارتباط است.
	حق قانونی	در این مورد ذینفع حق قانونی در یک موضوع دارد. منظور از حق قانونی دارا بودن صلاحیت قانونی، امکان قانونی مداخله در پروژه بر اساس شخصیت حقوقی ذینفع است.
	منافع اقتصادی	این مورد به منافع ذینفع در حوزه میزان منافع اقتصادی پروژه در ارتباط با خود یا دیگران اشاره دارد.

به عنوان مثال حیطه قدرت رئیس بیمارستان در خصوص پروژه نظام ارزیابی مستمر عملکرد بیمارستان ناشی از اختیار در تصویب پروژه می باشد و حیطه منافع وی می تواند مرتبط با مسائل مرتبط با اهداف و رسالت بیمارستان و حق قانونی می باشد. حیطه منافع معاون آموزش و سلامت بیمارستان مسائل مرتبط با اهداف و رسالت این معاونت می باشد. این منشأ منافع به موضوعاتی از قبیل تأکید بر استانداردهای اعتبار بخشی در تصمیم گیری ها، برنامه ریزی و سیاست گذاری در خصوص اجرای محورهای مختلف در سنجش های اعتبار بخشی بیمارستان ها، نظارت بر اجرای درست دستورالعمل های ابلاغ شده از سوی دانشکده ها و تعامل با مدیریت بیمارستان، برنامه ریزی جهت بررسی مشکلات مربوط به امور اعتبار بخشی بیمارستان از نظر تطابق با استاندارد های اعتبار بخشی، اجرای برنامه ها، آئین نامه و مقررات درمانی از جمله آیت های تأثیر پذیری این معاونت اشاره دارد.

قدم بعدی تحلیل تأثیر بالقوه ای می باشد که هر ذینفع می تواند ایجاد نماید. بدین منظور دسته بندی و اولویت بندی آن ها به منظور نحوه ارتباط با ذینفعان و مدیریت انتظارات آنها و هماهنگ نمودن و جهت دادن خواسته هایشان در جهت تأمین هدف پروژه و پیشبرد آن و سپس نحوه واکنش و پاسخ احتمالی ذینفعان در وضعیت های گوناگون مورد سنجش قرار می گیرد (۶) در این قسمت هدف این است که به منظور افزایش پشتیبانی ذینفعان در پروژه و تعدیل اثرات منفی بالقوه آن ها، چگونگی نفوذ بر آن ها برنامه ریزی گردد. بر این اساس ابتدا حیطه یا حیطه های قدرت و حیطه یا حیطه های منافع مرتبط با هر ذینفع شناسایی و سپس به تفکیک هر حیطه (قدرت و منافع) یک نمره از ۱ تا ۱۰ داده می شود. نمره ۱۰ بیانگر بیشترین میزان قدرت/منافع و نمره ۱ بیانگر کمترین میزان قدرت/منافع می باشد. نمرات قدرت و منافع هر یک از ذینفعان پروژه نظام ارزیابی مستمر عملکرد بیمارستان در جدول دو ارائه شده است.

جدول ۲: نمرات قدرت و منافع هر یک از دینفعان پروژه نظام ارزیابی مستمر عملکرد بیمارستان

نمره منافع	نمره قدرت یا تاثیرگذاری	حیطه/حیطه های منافع	حیطه/حیطه های قدرت	دینفع
۹	۸	مسائل مرتبط با اهداف و رسالت بیمارستان، حق قانونی	تصویب، زمان و هزینه	رئیس بیمارستان
۸	۸	منافع اقتصادی، توسعه فرصت‌ها	هزینه و زمان	معاون توسعه مدیریت و منابع
۹	۷	مسائل مرتبط با اهداف و رسالت بیمارستان، توسعه فرصت‌ها	کیفیت و زمان	مدیر پرستاری
۹	۷	سلامت و ایمنی، توسعه فرصت‌ها، اهداف و رسالت	کیفیت و زمان	رئیس دفتر بهبود کیفیت
۹	۷	سلامت و ایمنی، توسعه فرصت‌ها، اهداف و رسالت	کیفیت و زمان	مسئول گروه پایش
۵	۷	توسعه فرصت‌ها، منافع اقتصادی	کیفیت و زمان	ارزیابان مجتمع
۸	۶	اهداف و رسالت، توسعه فرصت‌ها	زمان، کیفیت	معاون آموزش و سلامت
۶	۴	مسائل مرتبط با سلامت و ایمنی، توسعه فرصت‌ها	کیفیت و زمان	سرپرستار
۴	۴	مسائل مرتبط با سلامت و ایمنی، توسعه فرصت‌ها	کیفیت	کارکنان بالینی
۷	۳	سلامت و ایمنی، توسعه فرصت‌ها، اهداف و رسالت	کیفیت	رئیس بخش
۶	۳	اهداف و رسالت، توسعه فرصت‌ها	کیفیت	معاون درمان دانشگاه
۵	۳	توسعه فرصت‌ها	کیفیت	مدیر گروه
۴	۳	مسائل مرتبط با سلامت و ایمنی، توسعه فرصت‌ها	کیفیت	کارکنان غیر بالینی
۳	۳	توسعه فرصت‌ها	کیفیت	فراگیران
۳	۳	اهداف و رسالت	تصویب	حراست
۳	۲	منافع اقتصادی و حق قانونی	هزینه	رئیس امور مالی
۳	۱	مسائل مرتبط با سلامت و ایمنی	کیفیت	بیماران

بعد از تعیین میزان قدرت و منافع هر یک از دینفعان شناسایی شده در قسمت بعدی دینفعان باید بر اساس اهمیتی

که برای سازمان دارند، طبقه بندی شوند. به عبارت دیگر دینفعان اهمیت یکسانی ندارند، پس سازمان باید آن‌ها را به شکل

متفاوتی دسته بندی کند. به منظور اولویت بندی و دسته بندی دینفعان، مدل‌ها و چارچوب‌های مختلفی ارائه شده است (۷) که

در اینجا از مدل ماتریس منافع/ قدرت استفاده شد (شکل ۲).



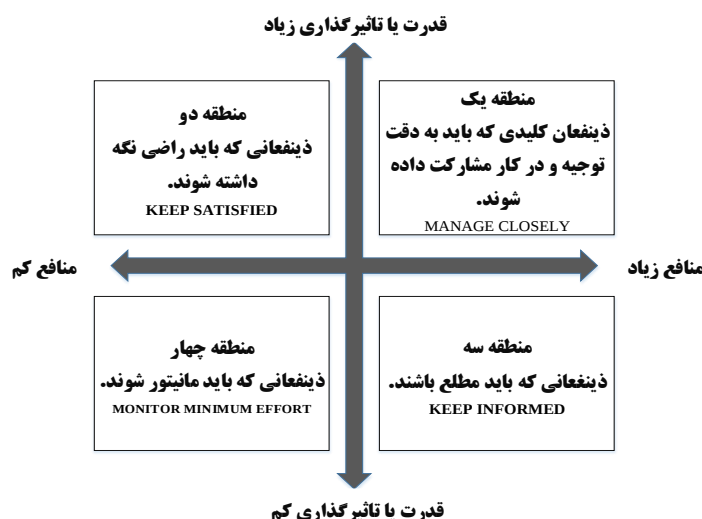
شکل ۲: ماتریس منافع-قدرت کلیه ذینفعان

۳-۲-۱) گام سوم: شناخت ذینفعان کلیدی

ذینفعان کلیدی آن دسته از ذینفعان هستند که از یک سو دارای قدرت تاثیرگذاری بالا و از سوی دیگر دارای منافع و اثر پذیری بالا در تصمیم گیری‌ها، برنامه ریزی‌ها و کلیه اقدامات مرتبط با پروژه هستند. بر اساس ماتریس منافع - قدرت (شکل ۲) ذینفعانی که در منطقه یک ماتریس مربوطه قرار می‌گیرند به عنوان ذینفعان کلیدی می‌بایست شناسایی گردند. بر این اساس رئیس بیمارستان، معاون آموزش و سلامت بیمارستان، معاون توسعه مدیریت و منابع، رئیس اداره برنامه ریزی و بهبود کیفیت مدیر پرستاری و مسئول گروه پایش به عنوان ذینفعان کلیدی پروژه نظام ارزیابی مستمر عملکرد بیمارستان در بیمارستان شناسایی شدند.

۳-۱) حمایت طلبی از ذینفعان کلیدی

به صورت کلی ذینفعان کلیدی که به عنوان جمعیت هدف در مرحله حمایت طلبی اولیه مد نظر هستند، کسانی هستند که می‌بایست به دقت به لحاظ علاقه‌مندی‌ها و نوع نگاه‌شان به پروژه پیشنهادی مورد بررسی و تحلیل قرار بگیرند. به عبارت دیگر همانگونه که در شکل سه دیده می‌شود این ذینفعان که در منطقه یک ماتریس منافع - قدرت قرار می‌گیرند باید به دقت مدیریت شوند. بنابراین باید از روش‌های مناسب برای جلب نظر ایشان استفاده کرد.



شکل ۳: جهت گیری در خصوص حمایت طلبی دینفعان بر اساس محل قرارگیری در ماتریس منافع-قدرت

۱-۳-۱) بررسی سطح پذیرش دینفعان کلیدی

قبل از تماس با دینفعان کلیدی که در منطقه یک ماتریس منافع قدرت قرار گرفتند طراح / مدیر تغییر می‌بایست اطلاعات کاملی را در خصوص روحیات، علاقه ها و ویژگی های دینفع مربوطه کسب کند و برنامه حمایت طلبی خود را متناسب با علائق ایشان اجرا نماید. جدول زیر نشان می دهد که دینفعان کلیدی پروژه نظام ارزیابی مستمر عملکرد بیمارستان با توجه به سطوح پذیرش در کدام سطح قرار دارند:

جدول ۳: سطح پذیرش دینفعان کلیدی پروژه نظام ارزیابی مستمر عملکرد بیمارستان

دینفع کلیدی	سطح پذیرش	نام سطح ^۱	ویژگی های اساسی سطح		
			پذیرش ذهنی یا سطحی	پذیرش قلبی (علاقه به موضوع)	پذیرش کامل و آگاهانه
رئیس بیمارستان	چهارم	اعتماد (ایمان)	دارد	دارد	ندارد
معاون آموزش و سلامت	دوم	اعتقاد یا باور	دارد	ندارد	ندارد
معاون توسعه مدیریت و منابع	چهارم	اطمینان (یقین)	دارد	دارد	دارد
رئیس اداره بهبود کیفیت	چهارم	اطمینان (یقین)	دارد	دارد	دارد
مدیر پرستاری	سوم	اعتماد (ایمان)	دارد	دارد	ندارد
مسئول گروه پایش	چهارم	اطمینان (یقین)	دارد	دارد	دارد

^۱ سطوح پذیرش در خصوص یک پروژه شامل سطح اول عدم اعتقاد/باور، سطح دوم اعتقاد یا باور، سطح سوم: اعتماد یا ایمان و سطح چهارم: اطمینان یا یقین می باشد.

۲-۳-۱) راهکارهای جلب حمایت طلبی اولیه ذینفعان کلیدی

در جدول ۴ روش های استفاده شده برای حمایت طلبی اولیه در خصوص پروژه نظام ارزیابی مستمر عملکرد

بیمارستان ارائه شده است.

جدول ۴: رویکردها و تکنیک‌های مورد استفاده برای حمایت‌طلبی اولیه پروژه نظام ارزیابی مستمر عملکرد بیمارستان

رویکرد	تکنیک	رئیس بیمارستان	معاون آموزش و سلامت	معاون توسعه مدیریت و منابع	رئیس اداره بهبود کیفیت	مدیر پرستاری	مسئول گروه پایش
ارتباط یکسویه	به اشتراک گذاری اطلاعات	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	آموزش ذینفع						
	مکاتبات با ذینفعان						
	گزارش کارهای انجام شده						
	گزارش های مرتبط در مطالعات خارجی و داخلی	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	اطلاع رسانی از طریق وب سایت ها						
	ارائه‌های کنفرانسی، نمایش‌ها، اعلامیه‌ها و ویدئوها						
	جلسات بحث آزاد و جلسات غیر رسمی عمومی						
مشاوره بنیادی	نظرسنجی‌های پرسشنامه‌ای						
	ارزیابی محیط کار						
	تربیین‌های دائمی						
	کمیته های مشورتی ذینفع		✓			✓	
	بازخورد آنلاین و جلسات بحث و تبادل نظر						
دیالوگ، گفتگو عمیق	گردهمایی ذینفعان چندگانه						
	میزگردهای مشورتی	✓	✓	✓		✓	
	جلسات سیاستگذاری	✓	✓	✓	✓	✓	
	درگیرسازی مجازی در اینترنت و اینترنت						
شراکت ها و منافع کاری	انجام پروژه به عنوان یک سرمایه گذاری مشترک		✓			✓	
	انجام پروژه به عنوان یک پروژه توسعه ای و ماندگار برای ذینفع	✓		✓	✓		✓
	انجام پروژه به عنوان یک کار نواورانه و مبتکرانه برای ذینفع						
	انجام پروژه به در قالب یک پیمان با ذینفع						

یکی از مهم‌ترین ذینفعان کلیدی در اجرای پروژه نظام ارزیابی مستمر عملکرد بیمارستان، مدیر پرستاری بیمارستان می باشد که در ادامه نمونه ای از گفتگوی مدیر تغییر پروژه با ایشان ارائه می گردد:

مدیر تغییر: همانطور که در جریان هستید علیرغم این که ما در سطح بیمارستان کارهای زیادی انجام می دهیم اما متأسفانه خیلی نتوانستیم روی بازخورد این موضوعات در حوزه‌های مختلف به ویژه خارج از بیمارستان کار کنیم. به عنوان مثال در حوزه پرستاری سوپروایزرهای ما و گروه‌هایی که برای این کار در مدیریت پرستاری برنامه دارند به صورت مستمر بخش‌ها را به لحاظ شاخص‌های عملکردی و عمدتاً شاخص‌های کیفیت مراقبت‌ها و درمان ارزیابی می کنند. اما ما همواره شاهد پالس‌هایی از سمت برخی افراد و نهادهای خارج از بیمارستان هستیم که می‌گویند شما به اندازه کافی نظارت نمی‌کنید، شما بخش‌ها را رها کردید و موضوعات متعددی که عمدتاً خلاف واقع است رو مطرح میکنند. در بسیاری از این صحبت‌ها هم ریشه به یک تجربه محدود برمیگردد. این فضا نشون میده که ما باید یک مقداری روش کار رو تغییر بدیم که بتونیم یک تصویری از پایش‌هایی که انجام می دهیم و احتمالاً اقداماتی که بر اساس اون انجام میشه رو به همه نشون بدیم و بگیم شما اشتباه می‌کنید ما سیستمون کاملاً ارزیابی می‌کنه و بر اساس ارزیابی هاش هم اقدام میکنه.

مدیر پرستاری: متأسفانه این برداشت‌های غلط و صحبت‌هایی که شما می فرمایید رو ما هم می‌شنویم. صحبت‌هایی که خیلی وقتاً انجام میشه و میشنویم که می‌گویند این سوپروایزرها دارند چه کاری انجام میدهند؟ اینها چرا ارزیابی نمی‌کنند؟ چرا در بخش‌ها نیستند؟ و خوب من هم از این نظر با شما موافقم که این چالش‌ها رو داریم. اما من هنوز به صورت دقیق نمی‌دونم که منظور شما از ایجاد یک سیستم و روش جدید چی هست و مدیریت پرستاری بیمارستان کجای این سیستم قرار می‌گیرد.

مدیر تغییر: ما در ابتدای کار هستیم. الان ما فقط باید به یک زبان مشترک روی اصل موضوع برسیم. خود شما باید کمک کنید به عنوان یکی از پیشران‌های اصلی در فرآیند این تغییر به تغییر دیدگاه یا تغییر روش و کمک کنید که نظامی در بیمارستان شکل بگیره که نتونه کسی به راحتی به ما اتهام وارد کنه. این در واقع با کمک خود شما هم باید طراحی بشه و هم با کمک شما باید مستقر بشه. اما فعلاً در این مرحله روی اصل موضوع باید تفاهم کنیم. انشالله کار باید جلو بره و بعد از تفاهم روی مدلی که در نهایت طراحی میشه وارد فاز استقرار بشیم.

مدیر پرستاری: بسیار خوب بنده کاملاً موافق هستم و هر کمکی که از دست بنده بر بیاد یا همکاری‌ام در حوزه مدیریت پرستاری حتماً در خدمت خواهیم بود. در جلسات ان‌شالله به صورت فعال مشارکت خواهیم کرد و امیدوارم شاهد اتفاق‌های خوب در این خصوص باشیم.

۳-۱-۳) نکات مهم در فرآیند حمایت طلبی اولیه

به صورت کلی در ارتباط با این دسته از دینفعان کلیدی می بایست نکات زیر مد نظر قرار گیرد:

- تا زمانی که طراح / مدیر تغییر خود به صورت کامل روی موضوع تغییر مسلط نشده است نباید فرایند حمایت طلبی اولیه را آغاز نماید. در صورت شروع فرآیند حمایت طلبی اولیه بدون تسلط کافی مدیر تغییر تاثیرگذاری و تاثیرپذیری مرادوات بین ایشان با دینفعان کلیدی کاهش خواهد یافت.
- در هر جلسه و مرادواتی که در خصوص پروژه پیشنهادی با هر یک از این دینفعان کلیدی برگزار می شود، طراح یا مدیر تغییر می بایست با اعتماد به نفس و محکم البته با رعایت ادب موضوعات را ارائه دهد.
- مدیر تغییر یا طراح پروژه می بایست در ارتباط با دینفعان کلیدی جایگاه ایشان را مد نظر قرار دهد، از ایجاد صمیمیت بیش از حد با ایشان پرهیز کند و در تمام صحبت ها جایگاه ایشان را مد نظر قرار دهد.
- عموماً دینفعان کلیدی افرادی پرمشغله هستند، لذا طراح / مدیر تغییر باید برای برگزاری جلسه حمایت طلبی اولیه برنامه داشته باشد. این برنامه باید در حداقل زمان ممکن اجرا شود.
- جلسه یا مرادوه‌ای که بین طراح یا مدیر تغییر برای جلب حمایت طلبی اولیه دینفعان کلیدی در این مرحله انجام می شود، باید معطوف به یک ارائه اولیه توسط طراح یا مدیر تغییر باشد و سعی شود ادامه بحث به پاسخ به سوالات دینفعان کلیدی مربوطه طی شود. هر چقدر دینفع کلیدی مربوطه سوالات بیشتری مطرح کند احتمال حمایت طلبی ایشان نیز برای شروع پروژه تغییر افزایش خواهد یافت.
- طراح یا مدیر تغییر همواره باید این نکته را مد نظر داشته باشد که آن کسی که باید پروژه پیشنهادی را تایید و اجازه شروع فاز مطالعه را صادر کند دینفع کلیدی می باشد. بنابراین نباید سعی شود با فشار برای جلب موافقت ایشان برای تغییر اقدام کرد. در صورت کسب موافقت بدون توجیه کافی احتمالاً پروژه در مراحل بعدی برای غلبه بر مقاومت های احتمالی با مشکل عدم حمایت مواجه خواهد شد.
- در این پروژه باید تا حد امکان تلاش کرد مدیر پرستاری به عنوان یک پیشران اصلی تغییر فعالیت کند.

فصل ۲

فصل دوم: مطالعه و طراحی: چارچوب نظری، مرور متون و روش کار و چارچوب طرح

فهرست مطالب فصل:

- مبانی نظری

- مفهوم و تعریف ارزیابی
- مفهوم ارزیابی عملکرد
- تاریخچه ارزیابی
- تاریخچه ارزیابی
- مدیریت عملکرد
- اهداف ارزیابی عملکرد
- مزایای ارزیابی عملکرد
- نظام های ارزیابی عملکرد
- معیارهای ارزیابی

- مرور متون

- مرور تجربیات و شواهد داخلی
- مرور تجربیات و شواهد خارجی

- روش کار و چارچوب طرح

- روش کار
- چارچوب طرح

۲-۱) مبانی نظری

۲-۱-۱) مفهوم و تعریف ارزیابی

دنیای کنونی، دنیای سازمانهاست و متولیان اصلی سازمانها، انسانها هستند. حتی با وجود فناوری شدن سازمانها، نقش انسان به عنوان عامل حیاتی و استراتژیک در بقای سازمان کماکان باقی خواهد ماند. با بکارگیری صحیح نظام ارزیابی عملکرد، بی تردید می توان ضمن فائق آمدن بر مشکلات روابط کار و تعاملات سازمان، از قابلیت ها، توانایی ها و نقاط قوت و ضعف افراد، شناختی صحیح و جامع به دست آورد و اقدامات لازم را در زمینه تهیه برنامه های بهبود و توسعه آنها انجام داد و از این رهگذر منافع زیادی را متوجه سازمان کرد. تحقیقات متعددی در زمینه روش های ارزیابی صورت گرفته است، اما هیچکدام بر روش خاصی تأکید نکرده و این ضرورت را تأیید می کنند که نخست باید هدفها و انتظارات سازمان از ارزیابی عملکرد را مشخص کرد، سپس برحسب آنها روش مناسب را برگزید یا طراحی کرد. چرا که ارزیابی امر مداومی است که همواره باید در کارها رایج باشد. ارزیابی عملکرد، یکی از مسائل مهم مدیریت است و از خطرناک ترین وظایف مدیران بیمارستانهاست. از دلایل عدم موفقیت ارزیابی عملکرد عدم انتخاب عوامل مؤثر بر عملکرد، عدم نسبت عوامل، ارزیابی توسط افراد محدود و اعمال سلیقه، عدم سیستمی بودن و مهمتر از همه فقدان نظام بازخورد به ارزیابی شوندگان بوده است. لذا کسی که اقدام به ارزیابی می کند نیازمند آن است تصمیم بگیرد که از کدام منبع و با چه شیوه ای ملاک های ارزشیابی را انتخاب کند، چگونه اطلاعات لازم را درباره موضوع یا پدیده مورد بررسی به دست آورد و تحلیل کند و در عین حال یافته های حاصل از فعالیت خود را چگونه و به چه مراجعی عرضه نماید تا در جهت اعتلای وضع موجود، مورد استفاده قرار گیرند (۸).

۲-۱-۲) مفهوم ارزیابی عملکرد

ارزیابی عملکرد به سنجش نسبی عملکرد انسانی در رابطه با نحوه انجام کار مشخص در یک دوره زمانی معین در مقایسه با استاندارد انجام کار و همچنین تعیین استعداد و ظرفیت های بالقوه فرد به منظور برنامه ریزی در جهت به فعالیت درآوردن آنها اشاره دارد. درواقع ارزیابی عملکرد برای بدست آوردن اطلاعات عینی و معتبر در مورد عملکرد و رفتارهای شغلی کارکنان و در نتیجه سازمان تلاش می کند. این اطلاعات، پایه و اساس تصمیم گیری و قضاوت در مورد افراد و واحدها خواهد بود (۸).

در مباحث مدیریت مفهوم ارزیابی، تحت عناوین و واژه های مختلفی از جمله ارزیابی، ارزیابی لیاقت، ارزشیابی، قیمت گذاری و ارزیابی، گزارش های نحوه انجام کار، ارزشیابی کارکنان، ممیزی کردن و معاینه و ممیزی به کار رفته است. ارزیابی عملکرد فرآیندی است که توسط آن مدیران و سرپرستان رفتار کارکنان را مشاهده و بررسی می کنند تا بتوانند

بازخورهای لازم را درباره نقاط قوت و ضعف رفتارشان به آن‌ها ارائه کنند. ارزیابی عملکرد بر این منطق استوار است که اگر کارکنان از اطلاعات مربوط به رفتارهای مثبت و منفی خود آگاه شوند، انجام فعالیت‌ها بهبود می‌یابد. اندازه‌گیری عملکرد، یک مقیاس عددی است که کیفیت فعالیت‌های انجام شده را می‌سنجد و جزء لاینفک هر فعالیت به شمار می‌رود چرا که با استفاده از اطلاعات قابل اندازه‌گیری، بهبود خدمات دنبال می‌شود (۹).

با جمع‌بندی تعاریف یاد شده، می‌توان گفت که ارزیابی عملکرد افراد:

- فرآیندی هدفدار است که باید به طور مستمر انجام شود.
- به جنبه‌های کمی و کیفی توجه دارد و ظواهر را نمی‌بیند.
- تواتر زمانی را مدنظر قرار می‌دهد.
- دارای ملاک‌هایی مشخص است که تقریباً مورد تأکید اکثریت است.

۳-۱-۲) تاریخچه ارزیابی

سابقه ارزیابی به گذشته‌های بسیار دور بر می‌گردد. مطالعات نشان می‌دهد که همواره در شکل‌گیری اجتماعات بشری تحت عنوان قبایل، پدیده تقسیم کار در بین اعضای قبیله در مواردی نظیر شکار، ایجاد امکان استراحت و غیره وجود داشته است. در این دوران ارزیابی عملکرد به صورت ابتدایی موجود بوده است به گونه‌ای که افراد موفق به گرفتن پاداش یا احتمالاً ترفیع مقام نایل شدند. نظام ارزیابی عملکرد به صورت رسمی، در سطح فردی و سازمانی از سال ۱۸۰۰ میلادی توسط رابرت اون در اسکاتلند در صنعت نساجی برای اولین بار مطرح گردید، بطوریکه کالاهای تولید شده با بهره گرفتن از چوب‌هایی در رنگ‌های مختلف درجه بندی شدند که این کار در واقع نوعی ارزیابی از کیفیت و یا ستاده سازمان بوده است. پس از جنگ جهانی دوم و قدرت گرفتن مدیران «ویز کیدز» در کمپانی خودروسازی فورد، شکلی از این مدیریت به وجود آمد که از داده‌های سازمان به صورت ابتکاری استفاده می‌کرد. با پیوستن یکی از مدیران ویز کیدز، به نام رابرت مک نامارا به وزارت دفاع آمریکا، این روش مدیریت در طول جنگ ویتنام در پنتاگون شناخته شد.

با شروع مدیریت پسا صنعتی توسط ادوارد دمینگ، در دهه ۱۹۵۰ و کارهای با همکاری مدیران ژاپنی نظیر گنجی تاگوچی، تحولی در کیفیت، ابتکار، قدرت کارکنان، بازخور و مدیریت بر مبنای ارزیابی پدید آمد. افرادی نظیر پیترو دراکر، جوران، کرازبی و تام پیترز، فلسفه دمینگ را گسترش دادند. جهت شناسایی علل ایجاد تغییرات و کنترل آنها در تولید و در نهایت بهبود محصول یا ارائه خدمات، دمینگ بر این امر تأکید دارد که کلیه فرآیندهای کسب و کار می‌بایست بخشی از

سیستم ارزیابی همراه با چرخه بازخورد باشند. سیستم ارزیابی عملکرد در طول این سالها تغییرات زیادی کرده است که در زیر مشاهده می‌کنید:

- ۱۹۰۰: ارزیابی‌های ذهنی (Subjective appraisals)
- ۱۹۴۰: سنجش روانشناختی افزایش یافته (Increased psychometric sophistication)
- ۱۹۵۰: مدیریت بر مبنای هدف ((Management by objectives (MBO))
- ۱۹۶۰: مقیاس‌های درجه‌بندی مبتنی بر رفتار (Behaviorally anchored rating scales)
- ۱۹۷۰-۱۹۹۰: رویکرد و سیستم ترکیبی (Hybrid system and approach)

۴-۱-۲) مدیریت عملکرد

صاحب‌نظران مدیریت در سال‌های اخیر مدیریت عملکرد را جانشین ارزیابی عملکرد نموده‌اند که البته در درون فلسفه مدیریت عملکرد، ارزیابی عملکرد، تعیین میزان شایستگی و لیاقت، قابلیت ارتقاء و ترفیع نیز منظور می‌گردد. مدیریت عملکرد عبارت است از فرآیندی استراتژیک و یکپارچه در جهت بهبود مستمر عملکرد و توسعه توانایی‌های کارکنان و ایجاد فضای کار تیمی و دسته جمعی که نهایتاً منجر به تعالی سازمان می‌گردد (۹).

در بسیاری از موارد، مدیریت عملکرد اشاره به عملکرد سازمان دارد. در مواردی هم مفاهیم برنامه‌ریزی برای آینده، تعیین مأموریت، طراحی استراتژی و تعیین اهداف را تحت پوشش قرار می‌دهد. همچنین این اصطلاح مفهوم سنجش میزان دستیابی به اهداف بیان شده را شامل می‌شود. در بهترین حالت، مدیریت عملکرد به افراد یا تیم‌های کوچک دلالت می‌کند. این اصطلاح، برنامه‌ریزی برای شخص یا گروه را در بر می‌گیرد. این برنامه‌ها به عنوان بخشی از برنامه کلان سازمانی می‌باشند. در مدیریت عملکرد توسعه افراد یا گروه‌ها مورد توجه قرار می‌گیرد. بهبود عملکرد سازمان‌های دولتی مستلزم داشتن مدلی مناسب برای ارزیابی عملکرد است، زیرا تحقق اهداف سازمان‌های دولتی بدون وجود یک مدل جامع به منظور ارزیابی و بازنگری برنامه‌ها امکانپذیر نبوده و سازمان‌ها نمی‌توانند بدون توجه به نتایج حاصل از فعالیت‌ها، مدیریت موثر خود را بر اجرای برنامه‌ها اعمال نمایند (۱۰). لازم به توضیح است که ابزار اصلی مدیریت عملکرد، ارزیابی عملکرد است با این تفاوت که هدف این اقدام صرفاً بر ارزیابی به منظور کنترل عملکرد متمرکز نبوده و بهسازی و توسعه منابع انسانی را مورد تاکید قرار می‌دهد.

۵-۱-۲) اهداف ارزیابی عملکرد

ارزیابی عملکرد زمینه مناسبی را برای ایجاد انگیزه و تسهیل تحقق اهداف سازمان فراهم می‌کند و به کمک آن می‌توان به عنوان نمونه رابطه ساعت کار فرد را با میزان کار انجام شده بررسی و اندازه‌گیری کرد. این فرآیند با ارائه بازخورد لازم به مدیران به آنان کمک می‌کند تا بتوانند نتایج را ارزیابی نموده و با توجه به میزان موفقیت در اهداف و برنامه‌ها، اقدامات تصحیح‌کننده و اصلاحی را انتخاب و اجرا نمایند (۱۱). همچنین ارزیابی وسیله بسیار مؤثری در ارتقاء فردی و شغلی کارکنان به حساب می‌آید و براساس آن می‌توان توزیع مشاغل و تفویض اختیارات را براساس شایستگی کارکنان جامه عمل پوشانید. به زعم پیتر دراکر قوت‌ها باید بیش از ضعف‌ها مورد تأکید واقع شوند. ارزیابی عملکرد علاوه بر فراهم کردن بازخورد اطلاعاتی، کارکردهای دیگری را نیز در سازمان انجام می‌دهد. به طور کلی ارزیابی عملکرد اهداف زیر را دنبال می‌کند (۱۲).

- **ایجاد مبنا و معیارهای صحیح برای برنامه‌ریزی جابه‌جایی‌های افقی و عمودی کارکنان:** به منظور تطبیق هر چه بهتر شرایط فکری، روحی و جسمی کارکنان با مشاغلشان و همکارانشان (سپردن کار به کاردان و ایجاد تناسب شخصیتی و شغلی) (۱۳)
- **توسعه اثربخشی کارکنان:** کمک به کارمند برای تشخیص نقاط قوت و ضعف خود و مطلع کردن او از اینکه چه عملکردی از او انتظار می‌رود، منجر به درک بهتر او از نقش خود و احتمالاً اثربخشی بر روی شغلش می‌شود. دادن بازخورد به کارمند، عملکرد خوب را تقویت و عملکرد ضعیف را تضعیف می‌کند (۱۴).
- **تشخیص نیازهای آموزشی و پرورشی کارکنان:** تشخیص نیازهای آموزشی و پرورشی کارمندان به منظور آماده کردن آنان برای مواجهه با چالش‌ها در ابتدای استخدام و بعد از آن، الزامی است (۱۴).
- **کمک به طراحی برنامه‌های آموزشی و پرورشی:** تشخیص مهارت‌هایی که لازم است توسعه داده شود به ایجاد برنامه‌های پرورشی و آموزشی مناسب کمک خواهد کرد (۱۴).
- **برطرف کردن بیگانگی نسبت به کار:** مشورت کردن با کارکنان سوء برداشت‌هایی که ممکن است منجر به بیگانگی در کار شود را برطرف می‌کند. ارزیابی عملکرد همچنین به کارکنان کمک می‌کند که هنجارها و ارزش‌های سازمان را باور کنند و با آن خو بگیرند (۱۱).
- **توسعه روابط درون فردی:** فرد می‌تواند نسبت به شناخت بهتر خود از منظر دیگران اطلاع یابد (۱۱).
- **بهبود ارتباطات:** ارزیابی عملکرد به عنوان یک مکانیزم برای ارتباط بین رؤسا و زیردستان، عمل می‌کند (۱۱).

۶-۱-۲) مزایای ارزیابی عملکرد

ارزیابی عملکرد یک اقدام رسمی است که برای تمام کارکنان، با لحاظ کردن مشارکت آنان در جهت رشد سازمان، انجام می‌شود. اندازه‌گیری عملکرد کلی یک واحد در یک دوره زمانی معمولاً یک ساله، به منظور دادن بازخورد به کارکنان و کمک به مدیریت می‌باشد. ارزیابی عملکرد صرفاً سنجش عملکرد افراد و واحدها نیست بلکه مزایای بسیار دیگری نیز دارد. مزایای یک سیستم ارزیابی موفق را به صورت زیر می‌توان دسته‌بندی کرد:

الف) برای ارزیابی‌شونده

- درک بهتر از نقش خود در سازمان: چه چیزی مورد انتظار است و چه نیازهایی برای تحقق انتظارات وجود دارد.
- درک شفاف از نقاط قوت و ضعف خود به منظور توسعه خویش در یک نقش اجرایی بهتر در آینده
- افزایش انگیزه، رضایت شغلی و عزت نفس
- فرصت برای بحث در مورد مشکلات کار و اینکه چگونه می‌توان آنها را برطرف کرد.
- فرصت برای بحث در مورد امیدها و آرزوها و هرگونه ارشاد، حمایت یا آموزشی که برای تحقق آنها لازم است.
- بهبود روابط کاری با رؤسا

ب) برای مدیریت

- تشخیص عوامل اجرایی و غیراجرایی و توسعه آنان به سوی عملکرد بهتر
- فرصت آماده کردن کارکنان برای پذیرفتن مسئولیت‌های بالاتر
- تشخیص نیازها توسعه‌ای و آموزشی
- ایجاد ایده‌های نو برای بهبود
- تشخیص بهتر پتانسیل افراد و فرموله کردن طرح‌های شغلی

ج) برای سازمان

- بهبود عملکرد از مجرای سازمان
 - خلق یک فرهنگ بهبود و موفقیت مستمر
 - انتقال این پیام که افراد در سازمان ارزشمند هستند.
- مزایای ذکر شده در بالا تنها هنگامی محقق خواهند شد که ارزیابی عملکرد به عنوان یک فرآیند مدیریتی تلقی شود.

۷-۱-۲) نظام های ارزیابی عملکرد

استانداردها و معیارهای مربوط به یک نظام مطلوب ارزیابی عملکرد مبنای مناسبی را برای اتخاذ تصمیمات لازم جهت تدوین یک نظام ارزیابی فراهم می‌نماید. اساسی‌ترین انتخاب در این زمینه این است که چه نوع عملکردی باید مورد ارزیابی قرار گیرد. در این رابطه اطلاعات مربوط به عملکرد را می‌توان به سه دسته اساسی تقسیم کرد (۱۵):

الف) نظام ارزیابی مبتنی بر خصایص یا ویژگی‌های مشخص: توانایی‌ها یا سایر ویژگی‌های مشخص کارکنان را ارزیابی می‌کند.

ب) نظام ارزیابی مبتنی بر رفتار: میزان بروز رفتارهای خاص و نسبتاً مشخص توسط کارکنان در حین کار را ارزیابی می‌کند.

ج) نظام ارزیابی نتیجه‌گرا: میزان برآورده شدن حداقل انتظارات شغلی تعیین شده برای یک کارمند را مورد ارزیابی قرار می‌دهد، به عبارت دیگر آیا کار مورد نظر انجام شده است؟

۸-۱-۲) معیارهای ارزیابی

مشارکت ارزیابی‌کنندگان و ارزیابی‌شوندگان در تعیین معیارهای ارزیابی امری است که بسیار مورد توجه قرار گرفته است. این معیارها بایستی مشخصات زیر را داشته باشد (۱۶):

- با موفقیت و یا شکست در انجام وظایف مرتبط باشند.
- تابع اهداف باشند نه قضاوت‌های ذهنی.
- اداره کردن‌شان برای ارزیابی‌کننده آسان باشد.
- انصاف و عدالت را نشان دهند و با کار ارزیابی‌شونده مرتبط شوند.
- در تدارک برای نیازمندی‌های انجام وظایف مربوطه تعادل و انصاف را رعایت کند به طوریکه همزمان در یک سازمان وسیع قابل اجرا باشد.

۹-۱-۲) تاریخچه اعتباربخشی بیمارستان‌ها در ایران

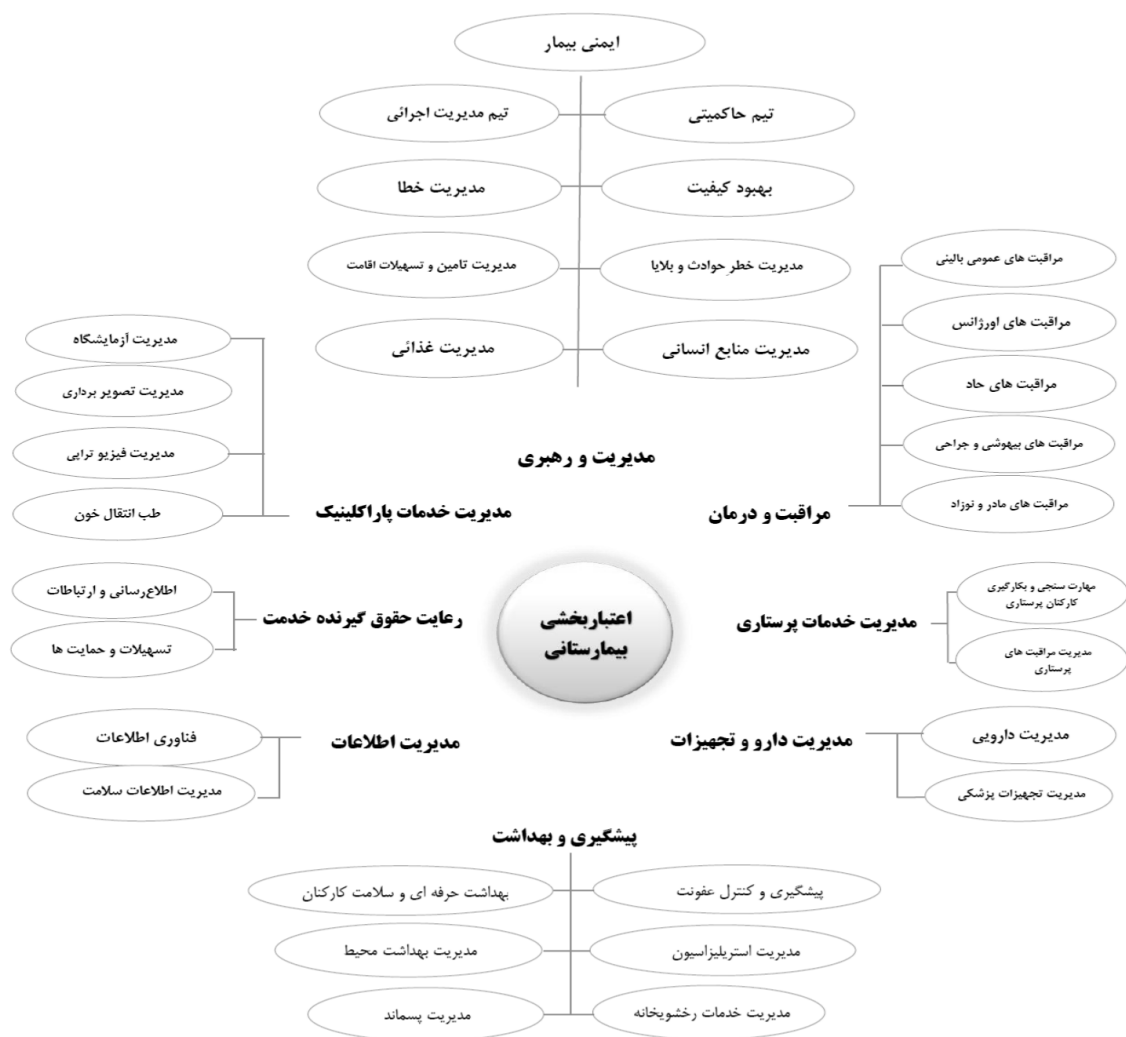
اعتباربخشی بیمارستانی یکی از سیستم‌های ارزشیابی نظام سلامت می‌باشد که به طور فزاینده‌ای در کانون توجه سیاستگذاران نظام سلامت و ارائه دهندگان خدمات درمانی به ویژه بیمارستان‌ها قرار گرفته است. در واقع فارغ از اینکه انتقاداتی به روش مورد استفاده جهت اعتبار بخشی بیمارستانها وارد باشد اما در لزوم وجود یک سیستم اعتباربخشی و

رتبه‌بندی بیمارستانها بین صاحب‌نظران، ارائه‌دهندگان خدمات و سیاست‌گذاران نظام سلامت توافق وجود دارد. اعتباربخشی یک رویکرد مهم در فرآیند تضمین بهبود کیفیت است که از درجه ارزش و اعتبار بالایی برخوردار بوده و به عنوان یک استراتژی اساسی در سراسر جهان با هدف دستیابی به سطح بالایی از کیفیت مورد استفاده قرار می‌گیرد. از جمله ویژگی‌های بارز اعتباربخشی در تجربیات موفق دنیا می‌توان به داشتن استانداردهای جامع، واقعی، همگن، هم راستا و در عین حال شفاف در کنار ابزار مناسب ارزشیابی، بسترسازی مناسب برای پیاده سازی استانداردها و اجرای ارزشیابی توسط افراد خبره و بی طرف اشاره کرد. اعتباربخشی با تمرکز بر بهره‌وری و اثربخشی خدمات بر کاهش هزینه‌های بخش بهداشت و درمان به ویژه در بخش دولتی اثرگذار بوده و منجر به حفظ بهبود حفظ و بهبود کیفیت خدمات و ایجاد اعتماد عمومی در سطح جامعه می‌شود. اعتباربخشی با تعیین استانداردها و ارتقای کیفیت خدمات و فراهم آوردن چارچوبی منسجم‌تر و شفافتر به افزایش پاسخگویی و اجرای بهینه فرایند ها در مراکز بهداشتی درمانی منجر می‌شود.

از سال‌ها پیش اعتباربخشی در ایران تحت عنوان برنامه‌های ارزشیابی بیمارستان‌ها وجود داشته است که به دنبال انتقاداتی که به ضوابط نحوه ارزشیابی و اقتباس آن از برنامه‌های جهانی اعتباربخشی وجود داشت، ایده بازنگری در استانداردها و سیستم ارزشیابی آن مطرح گردید. تاریخچه اعتباربخشی در ایران به سال ۱۳۷۶ بر می‌گردد که سهم بسزایی هم در ارتقای کیفیت خدمات بیمارستانی داشته است. اما با توجه به پویایی حوزه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی و عدم کارایی استانداردهای آن دوره، نیاز به تغییر و تحول اساسی در آن‌ها ضرورت یافت. استانداردها در این زمان اغلب متمرکز بر شاخص‌های سخت‌افزاری و ورودی بوده است و لذا شاخص‌های مرتبط با فرایند و پیامد در آن‌ها به ندرت دیده می‌شد. در ادامه با هدف‌گیری و تلاش سیاست‌گذاران این عرصه سیستم ارزشیابی نظام سلامت ایران طی سال‌های ۱۳۸۶ تا ۱۳۸۹ تقویت گردید و تدوین برنامه ملی اعتباربخشی بیمارستانهای کشور در سال ۱۳۸۹ به پایان رسید.

اولین دوره اعتبار بخشی بیمارستان های کشور با روش جدید به طور رسمی در بازه زمانی ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲ با استفاده از ۸۱۰۴ سنجه انجام شد. تعداد زیاد سنجه‌های اعتباربخشی در این دوره از ارزیابی موجب نارضایتی مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها گردید. در پاسخ به این نارضایتی ها در سال ۱۳۹۳ تعداد استانداردهای اعتباربخشی به ۲۱۵۷ سنجش کاهش یافت و دور دوم اعتباربخشی بیمارستانها پس از یک سری تغییرات و اصلاحات در بازه زمانی ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴ انجام گرفت. اما از آنجایی که این استانداردها بیشتر از نوع ساختاری و فرآیندی بودند و تعداد استانداردهای پیامدی آنها بسیار محدود بود با انتقادات زیادی همراه شد و بازنگری اساسی در استانداردهای اعتباربخشی در سال ۱۳۹۵ انجام گرفت و نسل سوم استانداردهای اعتباربخشی ملی تدوین گردید. نسل سوم اعتباربخشی بیمارستانهای کشور در هشت محور ۲۴۸ استاندارد و ۹۰۳ سنجش در قالب ۲۹ مجموعه الکترونیک تدوین شد. در هر یک از زیر محورها دستاوردهای هر یک از استانداردها به منظور ارائه چشم انداز

و بیان پیامد حاصل از پیاده سازی آن استاندارد تبیین شد. همچنین در ذیل هر استاندارد سنجه‌های مرتبط در چهارچوب جداول یکسان معرفی و گام‌های اجرای آن در محدوده مورد انتظار بیان شده بود. سنجه‌ها در سه سطح الزامی، اساسی و ایده‌آل سطح بندی شد و گام‌های اجرایی به نحوی تحریر شده بود که دقیقاً معادل ملاک‌های ارزیابی باشند. بدین ترتیب هر گام در هر سنجه یک ملاک ارزیابی بود و امتیازدهی آن مستقل بود. در این شیوه علاوه بر بیان مراحل و نحوه پیاده سازی، به واسطه تعیین ملاک‌های معین و شفاف، فرایند خود ارزیابی تسهیل شده و تاثیر سلیقه ارزیابان کاهش یافت. همچنین در ستون روش ارزیابی و در مقابل هر گام روش جمع آوری داده با سه شیوه بررسی مستند، مصاحبه و مشاهده تعیین شده بود. جمعیت نمونه برای ارزیابی هر یک از گام‌های اجرایی یا همان ملاک‌های ارزیابی در سامانه الکترونیک اعتباربخشی بر اساس جمعیت داده‌ها در بیمارستان‌های مختلف تعیین شده بود. علیرغم اینکه نسل سوم اعتباربخشی مورد بازنگری اساسی قرار گرفته بود اما باز هم با چالش‌های زیادی پس از اجرا مواجه شد. از جمله ضعف‌ها و چالش‌ها این بود که علاوه بر تعداد زیاد سنجه‌ها و عدم شفافیت و قابل فهم نبودن برخی از آن‌ها، روش امتیازدهی نیاز به اصلاحاتی داشت.



شکل ۴: محورها و زیر محوره های اعتبار بخشی بیمارستانی نسل سوم^۱

پس از دور سوم اعتباربخشی و از آنجایی که ارائه خدمات با کیفیت و ایمنی در بیمارستانها یکی از اساسی ترین وظایف و دغدغه های وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به حساب می آمد، ویرایش نسل چهارم اعتباربخشی ملی بیمارستان های ایران با ۵۱۴ سنجه و با در نظر گرفتن رویکردهای اجتناب از مستندسازی های غیر ضروری و کاهش منطقی حجم استانداردها و تمرکز بر بیمار محوری و تاکید بر کار گروهی برای بهبود مستمر کیفیت و ایمنی بیمار به روزرسانی، بازنگری و تدوین گردید. ذکر این نکته حائز اهمیت میباشد که بر اساس تعاریف وزارت بهداشت، نسل سوم و چهارم اعتباربخشی در ایران به عنوان نسل نوین اعتباربخشی معرفی گردیده است (۱۷-۱۹).

^۱ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستان های ایران/ ویرایش سوم/ سال

۲-۲) مرور متون

۲-۲-۱) مرور تجربیات و شواهد داخلی

صمدی و همکاران (۱۳۹۱) در مطالعه ای با عنوان "طراحی الگوی ارزیابی عملکرد سازمانی بیمارستان‌های ناجا" به ارزیابی مدیریت عملکرد سازمانی مبتنی بر تلفیق مدل‌های ارزیابی متوازن و تعالی سازمانی و بومی سازی آن‌ها، هفت بیمارستان نظامی در سطح کشور را مورد مطالعه و بررسی قرار دادند. داده‌های مطالعه با استفاده از یک پرسشنامه محقق ساخته و به روش توصیفی تحلیلی از بین ۴۰ نفر از مدیران و اساتید رشته‌های پزشکی و مدیریتی جمع‌آوری گردید. یافته‌های بدست آمده برای ابعاد یادگیری و رشد به ترتیب ۰,۸۴٪ و ۰,۷۷٪ و برای ابعاد آمادگی و اقدام و نتایج مشتری ۰,۷۰٪ بدست آمد. همچنین ضریب آلفای کلی برای ابعاد توانمندساز ۰,۸۸٪ و برای ابعاد نتیجه ۰,۸۰٪ حاصل شد. در پایان مشخص گردید رویکرد مبتنی بر تلفیق دو مدل ارزیابی متوازن و تعالی سازمانی را به منظور بهبود ارزیابی عملکرد بیمارستان پیشنهاد می‌کند که نتایج آن می‌تواند مدیران و مشتریان بخش بهداشت و درمان را به ویژه در بیمارستان‌های ناجا در اتخاذ تصمیمات درست و استراتژی‌های مناسب برای آینده یاری نماید.

پرهام و همکاران (۱۳۹۰) در مطالعه ای با عنوان "ارزیابی عملکرد بیمارستان شهید بهشتی قم بر اساس الگوی تعالی سازمانی EFQM" عملکرد این بیمارستان را بر اساس الگوی تعالی سازمانی مورد ارزیابی قرار دادند. در این مطالعه از روش توصیفی-مقطعی با استفاده از پرسشنامه استاندارد خود ارزیابی استفاده گردید. یافته‌های بدست آمده بر اساس معیارهای نه گانه مدل EFQM نشان داد که امتیاز بیمارستان در حیطه رهبری ۰,۴۸,۴٪، خط مشی و استراتژی ۰,۴۴,۹٪، کارکنان ۰,۴۸,۶٪، منابع و مشارکت‌ها ۰,۴۹,۵٪، فرایندها ۰,۴۶,۴٪، نتایج مشتری ۰,۴۲,۱٪، نتایج کارکنان ۰,۳۸,۶٪، نتایج جامعه ۰,۴۴٪ و نتایج کلیدی عملکرد ۰,۴۷,۴٪ است. بر این اساس با توجه به این که روند ارزیابی در بیمارستان‌های هیات امنایی علاوه بر استاندارد‌های اعتبار بخشی، استفاده از مدل EFQM نیز می‌باشد، لذا در این پژوهش نقاط قوت و ضعف با استفاده از این مدل شناسایی و توصیه‌هایی به بیمارستان ارائه گردید.

علیجان زاده و همکاران (۱۳۹۵) در مطالعه ای با عنوان "ارزیابی عملکرد بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گیلان" عملکرد این بیمارستان‌ها را بر اساس الگوی پایین لاسو مورد سنجش قرار دادند. در این مطالعه توصیفی که در ۲۲ بیمارستان با ۳۷۶۰ تخت مصوب انجام شد، داده‌های مرتبط با مصادیق گردش تخت، اشغال تخت و متوسط مدت اقامت بیماران در بیمارستان‌ها با استفاده از برگه استاندارد وزارت بهداشت جمع‌آوری و با آمار توصیفی تفسیر شد. طبق الگوی پایین لاسو ۰,۲۷٪ بیمارستان‌ها در ناحیه اول، ۰,۲۳٪ در ناحیه دوم، ۰,۳۶٪ در ناحیه سوم و ۰,۱۴٪ در ناحیه چهارم قرار داشتند. در نتیجه با توجه به یافته‌ها سطح عملکرد بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی گیلان در

شرایط ایده‌آل قرار نداشت و پیشنهاد گردید تحقیق‌های آنی باید بر روی چرایی و چگونگی بهبود کارایی بیمارستان‌ها متمرکز شود.

خوان زاده و همکاران (۱۳۹۴) در مطالعه‌ای با عنوان "ارزیابی عملکرد بیمارستان‌های دانشکده علوم پزشکی آبادان" عملکرد این بیمارستان‌ها را بر اساس مدل جایزه ملی تعالی سازمانی ایران مورد بررسی قرار دادند. در این مطالعه که از نوع توصیفی-تحلیلی بود ۷ بیمارستان تحت پوشش دانشکده علوم پزشکی آبادان که به صورت سرشماری انتخاب شدند، مورد بررسی قرار گرفتند. مدیران و کارشناسان بعد از آموزش در قالب کارگروهی اقدام به خودارزیابی کردند. از ۷ بیمارستان مورد ارزیابی، امتیاز ۲ بیمارستان بالاتر از ۳۰۰، ۲ بیمارستان بین ۲۰۰-۳۰۰ و امتیاز ۳ بیمارستان کمتر از ۲۰۰ محاسبه شد که میانگین امتیازها در بخش توانمند سازها ۱۰۹,۸، نتایج ۱۲,۸ و میانگین کل امتیاز بیمارستان‌ها ۲۲۲,۶ بدست آمد. بر اساس داده‌های بدست آمده نشان داده شد که بیمارستان‌های مورد ارزیابی بین سازمان مبتدی و سازمان‌های بهبود یافته قرار دارند و به بهبود و توسعه عملکرد سازمانی نیازمند هستند.

بهادری و همکاران (۱۳۹۵) در مطالعه‌ای با عنوان "ارزیابی عملکرد و رتبه بندی بخش‌های یک بیمارستان نظامی با استفاده از مدل تحلیل پوششی داده‌ها و پرامسی" به ارزیابی عملکرد بخش‌های منتخب یک بیمارستان نظامی و سپس رتبه‌بندی بخش‌های کارا پرداختند. نتایج بدست آمده نشان داد که از میان ۲۱ بخش مورد مطالعه، ۶ بخش دارای کارایی بیشتر از ۰,۹ بودند که بر اساس آن مشخص گردید اغلب بخش‌ها در بیمارستان نظامی مورد مطالعه، بصورت کارآمد عمل نمی‌کنند که این ناشی از ضعف استفاده بهینه از منابع است. با توجه به اهمیت بالای بیمارستان‌ها در ارائه خدمات درمانی، استفاده از مدل تحلیل پوششی داده‌ها با امکان ارائه مقایسه و رتبه بندی می‌تواند گامی مهم برای بهبود مستمر عملکرد بیمارستان‌ها بخصوص بخش‌های بالینی باشد.

هاشمی و همکاران (۱۳۹۷) در مطالعه‌ای با عنوان "ارزیابی مصادیق عملکردی بخش‌های بستری بیمارستان شهید محمدی بندرعباس بر اساس استانداردهای کشوری" مصادیق عملکردی بخش‌های بستری این بیمارستان را طراحی و اجرا نمودند. در این مطالعه که یک پژوهش کاربردی و توصیفی-مقطعی گذشته نگر با استفاده از مستندات موجود در مرکز آمار بیمارستان بود، مصادیق آماری بخش‌های بستری شامل درصد اشغال تخت، متوسط اقامت، فاصله عملکرد تخت، نسبت تخت فعال به ثابت از طریق فرم استاندارد جمع آوری گردید. یافته‌های بدست آمده نشان داد ضریب اشغال تخت ۸۶۰/۱۹، فاصله اشغال تخت ۰,۸۸ روز، متوسط روزهای بستری ۳,۶۸ روز و نسبت فوت شدگان به بستری شدگان ۲,۶٪ می‌باشد. با توجه به وابستگی عملکرد سازمان‌های بهداشتی درمانی به حیات انسان‌ها این یافته‌ها می‌تواند در سیاست‌گذاری‌های بهداشتی درمانی و استفاده مفید از تخت‌های فعال بیمارستانی کمک کننده باشد.

ملک زاده و همکاران (۱۳۹۸) در مطالعه ای با عنوان "ارزیابی عملکرد بیمارستان با استفاده از کارت امتیازی متوازن و الگوی زنجیره ای برنامه" به شناسایی نقاط ضعف و قوت عملکرد بیمارستان با استفاده از کارت امتیازی متوازن و الگوی زنجیره ای برنامه پرداختند. در این مطالعه توصیفی که در بیمارستان امام خمینی ساری انجام شد داده‌ها از طریق پرسشنامه کارت امتیازی متوازن در بین تمامی مدیران و سرپرستاران جمع آوری گردید. نتایج یافته های بدست آمده از این مطالعه نشان داد که بیمارستان مذکور در محور فرایند های داخلی با میانگین ۳,۴۳ بیشترین نمره را در بین ابعاد کارت امتیازی متوازن کسب کرد و بعد مالی با میانگین ۳,۱۷، مشتری با میانگین ۲,۹۷ و رشد و یادگیری با میانگین ۲,۹۳ دارای کمترین نمره بودند. در نتیجه بیشترین بعد مورد توجه کارت امتیازی متوازن، فرایندی می باشد. توجه به تمامی ابعاد موثر در عملکرد به ویژه ابعاد نتیجه ای، ساختاری و زمینه ای در کنار ابعاد فرایندی و کنترلی برای ارزیابی عملکرد بیمارستان ها پیشنهاد می شود.

نبی لو و همکاران (۱۳۹۵) در مطالعه ای با عنوان "ارزیابی عملکرد طرح تحول نظام سلامت در بیمارستان های تحت پوشش استان آذر بایجان غربی" به مقایسه عملکرد بیمارستان های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، قبل و بعد از استقرار طرح تحول پرداختند. این مطالعه به صورت توصیفی - تحلیلی انجام گرفت و برای جمع آوری داده ها سیاهه ای که حاوی مشخصات بیمارستان ها و متغیرهای مورد نیاز جهت تحلیل بود طی سال های ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۳ استفاده گردید. بر اساس یافته ها مشخص گردید طرح تحول در میزان کارایی فنی، مدیریتی و مقیاس تاثیر گذاشته و میانگین آنها به ترتیب ۰,۷۷۲، ۰,۸۷۷ و ۰,۸۷۸ در سال ۱۳۹۲ به ۰,۸۸۶، ۰,۹۴۱ و ۰,۹۴۱ در سال ۱۳۹۳ رسیده که نشان دهنده بهبود عملکرد در اثر اجرای طرح تحول نظام سلامت است. ضمناً پس از اجرای طرح تحول سلامت، عملکرد برخی بیمارستان ها کاهش یافته است. در نتیجه نظارت و ارزیابی دوره ای عملکرد برای افزایش کارایی ضروری می باشد. با توجه به کاهش هزینه های درمانی بعد اجرای طرح تحول و متعاقب آن افزایش ضریب اشغال تخت، عدم تامین امکانات و نیروی انسانی مورد نیاز متناسب با افزایش بار مراجعات برای ارائه مراقبت ها از علل شایع کاهش کارایی در بیمارستان های ناکارا بوده است.

فیروزی و همکاران (۱۳۹۶) مطالعه ای با عنوان "ارزیابی عملکرد بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تهران با استفاده از مدل ترکیبی تحلیل پوششی داده ها و روش پرومته" با هدف ارزیابی عملکرد و تعیین کارایی این بیمارستان ها انجام دادند. در این مطالعه با استفاده از روش تحلیل پوششی داده ها ۴۰ بیمارستان دانشگاه مذکور با فرض بازدهی متغیر نسبت به مقیاس و با رویکرد ورودی و خروجی محور توسط ۵ ورودی و ۸ خروجی مورد ارزیابی قرار گرفت و در نهایت رتبه بندی واحدهای کارا با استفاده از روش پرومته صورت گرفت. بر این اساس ۱۳ بیمارستان دارای کارایی کمتر از یک

بوده و ناکارا محسوب می شدند. بر اساس این یافته‌ها می توان نتیجه گرفت مدیران ارشد مراکز درمانی می‌توانند با استفاده از نتایج این رویکرد برنامه‌ریزی لازم را جهت استفاده بهینه از منابع خود به کار گیرند.

محمودی و همکاران (۱۳۹۵) در مطالعه‌ای با عنوان "ارزیابی عملکرد بیمارستان‌های مشمول و غیر مشمول طرح تحول سلامت با الگوی بالدريج در استان مازندران" به ارزیابی چگونگی انجام فرایندها و شناسایی نقاط ضعف و رفع آن‌ها پرداختند. در این مطالعه توصیفی تحلیلی از چک لیست استاندارد بالدريج استفاده گردید و یافته‌ها نشان داد که در معیارهای رهبری، تمرکز در بازار و بیماران، اطلاعات و تحلیل آن‌ها و منابع انسانی، تفاوت در عملکرد بیمارستان‌ها وجود دارد. بهترین عملکرد در معیار رهبری مربوط به بیمارستان‌های دولتی و در معیار تمرکز بر بازار و بیماران مربوط به بیمارستان‌های خصوصی بود. در نتیجه می‌توان گفت با توجه به نمره بالا در بیمارستان‌های دولتی در معیار مدیریت و رهبری، به مسئولین و سیاست‌گذاران سلامت توصیه می‌شود که در زمینه افزایش بهره‌وری طرح تحول سلامت توجه بیشتری داشته باشند.

ملک زاده و همکاران (۱۳۹۷) در مطالعه‌ای با عنوان "ارزیابی عملکرد بیمارستان آموزشی امام خمینی (ره) ساری با مدل تعالی سازمانی و رویکرد مدل برنامه‌ریزی عملیاتی" به ارزیابی عملکرد یک بیمارستان آموزشی با مدل تعالی سازمانی و رویکرد مدل برنامه‌ریزی عملیاتی پرداختند. در این مطالعه مقطعی با رویکرد توصیفی-تحلیلی از پرسشنامه EFQM استفاده گردید. یافته‌ها به این صورت بود که در محور توانمندسازها ۳۱۹٫۸۲ امتیاز، در معیار نتایج ۳۱۳٫۳۸ امتیاز از ۵۰۰ امتیاز را کسب کردند. با توجه به یافته‌ها مشخص شد این بیمارستان از نظر معیارهای EFQM در وضعیت نسبتاً مطلوبی قرار دارد. از این رو داشتن دیدگاه سیستمی و کنترل مناسب فرایندهای درمانی و توجه به ابعاد زمینه‌ای نظیر فرهنگ سازمانی در کنار فرایندها، ساختارها و نتایج جهت متوازن کردن استانداردها پیشنهاد می‌گردد.

ملک زاده و همکاران (۲۰۱۹) در مطالعه‌ای با عنوان "مقایسه سه مدل ارزیابی عملکرد بیمارستان با استفاده از رویکرد IPOCC" به ارزیابی عملکرد بیمارستان ساری براساس سه رویکرد کارت امتیازی متوازن، EFQM و اعتبار بخشی بیمارستان پرداختند. یافته‌های مطالعه‌ی آن‌ها نشان داد که تقریباً تمامی مدل‌های ارزیابی بر فرآیندها متمرکز هستند و در همین راستا رویکرد سیستماتیک و فرآیندی در اداره بیمارستان‌ها می‌تواند مفید باشد.

۲-۲-۲) مرور تجربیات و شواهد خارجی

ناگبارا و همکاران (۲۰۱۶) در مطالعه ای با عنوان "رویکردی برای ارزیابی عملکرد بیمارستان عمومی" با استفاده از اطلاعات بیمارستان‌های کشور مالزی طی سال‌های ۲۰۰۶ تا ۲۰۱۳، تاثیر متوسط مدت اقامت و چرخش تخت را بر اشغال تخت بررسی کردند. یافته‌های مطالعه آن‌ها نشان داد که متوسط مدت اقامت و گردش تخت با اشغال تخت رابطه‌ی معکوس و معنی‌داری دارد. از این رو کاهش مدت اقامت بیمار و گردش تخت می‌تواند به افزایش عملکرد بیمارستان‌های دولتی کشور مالزی کمک نماید.

کارینی و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه ای با عنوان "ارزیابی مصادیق عملکرد بیمارستان" به بررسی، شناسایی و طبقه‌بندی ابعاد مصادیق عملکرد بیمارستان به منظور توسعه یک زبان مشترک و شناسایی یک روش مبتنی بر شواهد مشترک برای ارزیابی عملکرد پرداختند. آن‌ها با استفاده از یک مرور جامع در پایگاه‌های داده‌ای مختلف (PubMed, Cochrane Library and Web of Science) طی سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۹ به جمع‌آوری شواهد مربوطه پرداختند. یافته‌های مطالعه مصادیق در حوزه‌های کارایی، اثربخشی، بیمارمحوری، ایمنی، پاسخگویی، کارکنان و به موقع بودن را شناسایی نمودند. در نتیجه تلاش برای طبقه‌بندی و تنظیم رویکردهای اندازه‌گیری عملکرد بیمارستان‌ها در سطح سازمانی، منطقه‌ای، ملی و حتی بین‌المللی برای ارائه خدمات با کیفیت بالا به بیماران ضروری می‌باشد.

واردهانی و همکاران (۲۰۱۹) در مطالعه ای با عنوان "آیا وضعیت اعتباربخشی بیمارستان‌ها در اندونزی با ویژگی‌های بیمارستان، رقابتی بودن بازار و عملکرد بیمارستان همراه است؟" تاثیر وضعیت اعتباربخشی را بر عملکرد بیمارستان‌ها مورد بررسی قرار دادند. آن‌ها داده‌های مربوط به ۳۴۶ بیمارستان استان جاوا شرقی را جمع‌آوری کردند. اطلاعات شامل مشخصات بیمارستان (اندازه، تخصص، مالکیت)، مصادیق عملکردی (اشغال تخت، گردش تخت، میانگین مدت اقامت، میزان مرگ و میر ناخالص و نرخ مرگ و میر خالص) و همچنین وضعیت اعتباربخشی بیمارستان و مصادیق هرفیندال هیرشمن به عنوان مصادیق تمرکز بازار بود. وضعیت مالکیت بیمارستان به طور معنی‌داری با وضعیت اعتباربخشی بیمارستان‌ها در ارتباط بود. بیمارستان‌های معتبر دارای کارایی بالاتر و همچنین مرگ و میر بیشتری نیز بودند.

۳-۲) روش کار و چارچوب طرح

۳-۳-۱) روش کار

نوع مطالعه در پروژه حاضر اقدام پژوهی می باشد که با ترکیبی از روش های کمی و کیفی انجام شده است. محیط پژوهش مجتمع بیمارستانی امام رضا(ع) مشهد بود. مجتمع بیمارستانی امام رضا(ع) حدود ۱۰۰۰ تخت فعال دارد که ماهانه به بیش از ۵۰۰۰ بیمار بستری و حدود ۱۸ هزار بیمار مراجعه کننده به اورژانس بیمارستان خدمت ارائه می دهد. در این مجتمع حدود ۳۷۰۰ نفر پرسنل غیر پزشک، حدود ۳۰۰ نفر پزشک غیر هیات علمی، ۲۰۰ عضو هیات علمی و ۱۰۰۰ فراگیر در رشته های مختلف پزشکی فعالیت دارند.

مراحل انجام پروژه شامل گام های زیر می باشد:

گام اول: شناسایی مشکل و حمایت طلبی اولیه

گام دوم: مطالعه، طراحی و برنامه ریزی

گام سوم: مشارکت طلبی برای اجرا و الزامات اجرایی

گام چهارم: اجرا، ارزشیابی، بازخورد و پایداری سازی

گام اول: شناسایی مساله، تحلیل ذینفعان و حمایت طلبی اولیه. در این مرحله ضمن شناسایی مساله به موضوع

تحلیل ذینفعان پرداخته شده و حمایت طلبی اولیه

جرقه اول شناسایی مساله: آیا معیار مناسبی برای سنجش عملکرد سرپرستاران و مسئولین واحدها وجود دارد یا صرفا انتصابات و تغییرات ایجاد شده در مدیران بر اساس سلايق شخصی یا مصادیق ذهنی انجام می شود؟ این سوالات، سوالات کلیدی بود که در کمیته پایش و سنجش کیفیت مجتمع بیمارستانی امام رضا(ع) مطرح و نقطه شروع پروژه نظام ارزیابی مستمر عملکرد بیمارستان رقم خورد. بعد از این مرحله مقرر شد کارگروهی شامل اعضای کمیته پایش و سنجش کیفیت و افراد مرتبط دیگر ابعاد موضوع بررسی گردد.

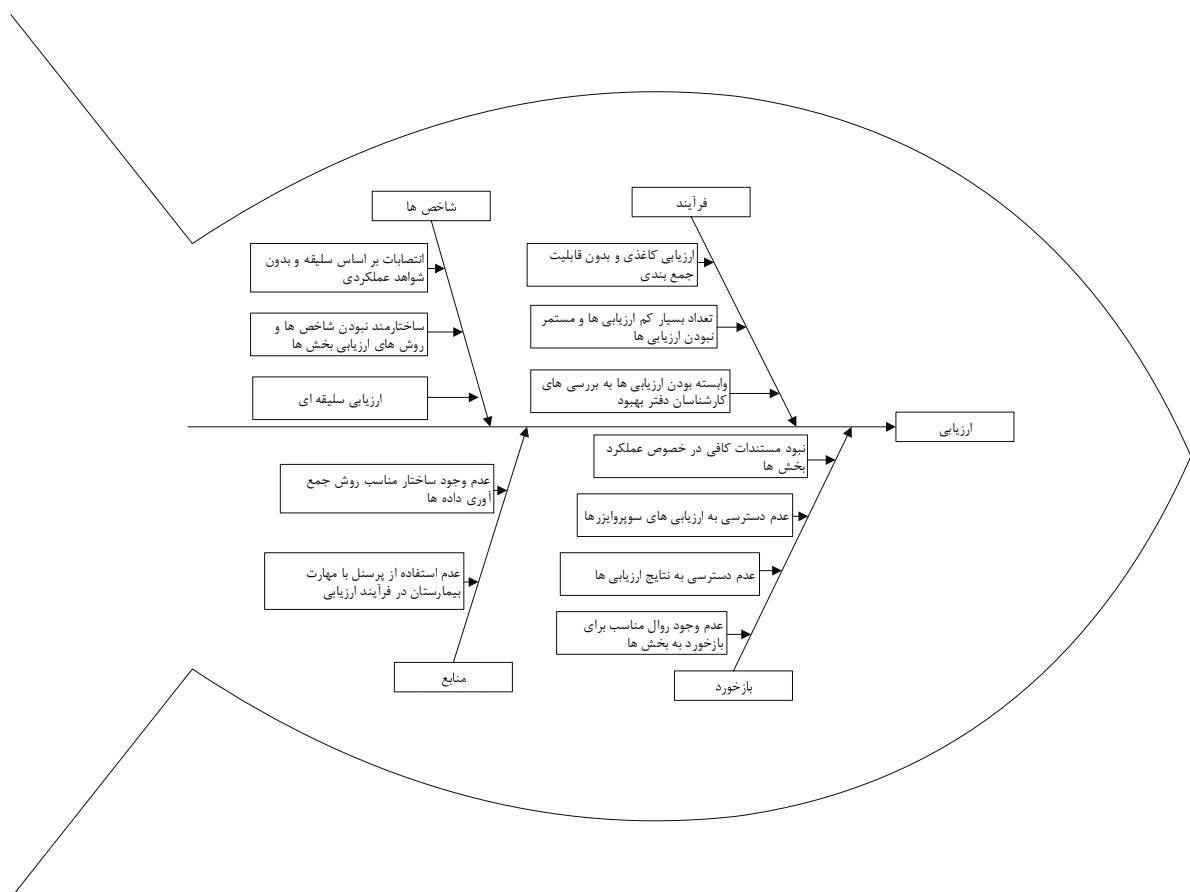
شناسایی ابعاد مساله در قالب نشست متخصصان و بحث گروهی متمرکز: ابتدا در یک جلسه بحث گروهی

متمرکز با حضور معاون توسعه مدیریت و منابع، رئیس اداره برنامه ریزی و بهبود کیفیت، مسئول گروه برنامه ریزی، مسئول گروه پایش، سه نفر از سرپرستاران عضو تیم ارزیابی، مدیر خدمات پرستاری، دو نفر رئیس بخش آشنا با موضوعات ارزیابی، دو نفر سوپروایزر، موضوع به بحث گذاشته شد. در جلسه مذکور ابتدا به مدت ۱۵ دقیقه موضوع به بحث گذاشته شد و سپس از هر فرد درخواست شد تا تاثیرات موضوع ارزیابی مستمر را روی یک کاغذ ثبت نماید. سپس از نفر اول درخواست شد موارد مد نظر خود

را بگویند و موارد همزمان در یک فایل اکسل تایپ و در معرض دید سایرین قرار گرفت و سپس از نفر دوم در جلسه خواسته شد مواردی که به این لیست اضافه می شود را بیان کند و این فرآیند تا نفر آخر ادامه یافت. در مرحله بعد یافته های حاصل از مرحله اول در یک نشست متخصصان با حضور مدیر پرستاری بیمارستان، مدیران سایت های بیمارستان، معاون آموزش و سلامت بیمارستان، مدیر اجرایی معاونت آموزش و سلامت بیمارستان، مسئول حراست بیمارستان، معاون توسعه منابع و مدیریت بیمارستان، رئیس اداره منابع انسانی و رئیس اداره بهبود کیفیت بیمارستان و سه نفر از اعضای هیات علمی بالینی یافته های حاصل از جلسه بحث گروهی متمرکز بررسی گردید.

ابعاد مساله: انجام ارزیابی مستمر در بخش های بالینی بیمارستان از جنبه های زیر می بایست مورد توجه و بررسی

قرار گیرد:



شکل ۵: جنبه های نیازمند بررسی برای انجام ارزیابی مستمر

شناسایی دینفعان کلیدی و حمایت طلبی اولیه: به دنبال شناسایی ابعاد مشکل، دینفعان مختلف برنامه در همان

جلسه (نشست متخصصان) از طریق بارش افکار شناسایی و لیست شد. در جلسه بعدی نشست متخصصان از هر یک از اعضا درخواست شد برای هر دینفع منشا قدرت و منافع را یادداشت کنند. سپس به مدت ۳۰ دقیقه روی منشا قدرت و منافع دینفعان بحث شد و در مرحله بعدی از هر یک از اعضای جلسه درخواست گردید به هر دینفع نمره‌ای بین ۱ تا ۱۰ تخصیص دهند. نمره ۱۰ نشانگر بیشترین میزان منافع یا قدرت و نمره ۱ به معنی کمترین میزان منافع یا قدرت می باشد. بعد از تخصیص نمره توسط هر یک از اعضای نشست متخصصان، نمرات توسط مدیر تغییر جمع بندی و برای هر یک از دینفعان میانگین نمره قدرت و منافع شناسایی شد. در مرحله آخر نیز آن دسته از دینفعان که به لحاظ نمره منافع و قدرت امتیاز بالای ۵ کسب کرده بودند به عنوان دینفعان کلیدی شناسایی شدند. بعد از شناسایی دینفعان کلیدی بر اساس سطح پذیرش هر یک از دینفعان در خصوص موضوع پروژه، روش‌های مناسب و متناسب با ایشان جهت حمایت طلبی اولیه انتخاب شدند. (جزئیات اقدامات انجام شده برای شناسایی مساله و حمایت طلبی اولیه در خصوص پروژه در فصل یک ارائه شده است)

گام دوم: مطالعه، طراحی و برنامه ریزی. این گام در چهار مرحله به شرح ذیل انجام شد:

مرحله اول: هدف اصلی در مرحله اول شناسایی ابعاد نظام ارزیابی عملکرد بیمارستان بود. روش پژوهش عمده در

این قسمت استفاده از شیوه‌های تحلیل محتوی بود. در قسمت بررسی مدارک و مستندات مرتبط با ارزیابی نظام سلامت در کشور ایران و جهان، مقالات مرتبط یافت شده در پایگاه‌های اطلاعات علمی ساینس دایرکت، وب آو ساینس، مدلاین، اوید و پروکوئست و همچنین راهنمای جامع اعتبار بخشی ملی بیمارستان‌های ایران (ویرایش چهارم)، برای دستیابی به مستندات مورد نیاز مورد بررسی قرار گرفتند. در قسمت دوم این مرحله، نمونه‌ای متشکل از پنج تن از صاحب‌نظران و پژوهشگران مورد نظر به روش نمونه‌گیری هدفمند از نوع نمونه‌گیری از موارد ویژه^۱ (افراد) که علاوه بر تخصص مرتبط دارای سابقه انجام حداقل یک کار پژوهشی یا انتشار مقاله یا کتاب در زمینه ارزیابی عملکرد نظام سلامت هستند، انتخاب شدند. روش جستجوی اطلاعات لازم برای تکمیل فرم، جمع‌آوری اطلاعات مستند مربوط به ارزیابی عملکرد در بیمارستان در ایران و جهان در جدول زیر ارائه شده است.

¹- Critical Case Sampling

جدول ۵: استراتژی جستجو در زمینه پاسخگویی نظام سلامت

ویژگی های جستجو	مصادق های جستجو
ENGINES AND SEARCH DATABASES	Yahoo, Google, ScienceDirect, ISI web of science, MedLine, Ovid, ProQuest, WHO (up to 1 June 2013)
LIMITS	Language: English OR persian
STRATEGY	(A1 AND A2)
A1	health system performance health system goals health system monitoring patient expectancies patient experience hospital performance hospital performance measured hospital performance Evaluation
A2	Assessment OR evaluation OR framework OR monitoring OR measurement

بر این اساس تعدادی از منابع مورد بررسی کامل قرار گرفت. معیار انتخاب این موارد، داشتن بیشترین ارتباط موضوعی با هدف مطالعه، جدیدتر بودن و در دسترس بودن متن کامل مستندات بود. البته سعی شد برای دسترسی به مطالعات مرتبط بیشتر، برخی منابع قابل دسترس استفاده شده در این مطالعات که قدیمی تر اما دارای محتوای کاربردی بودند نیز مورد بررسی قرار گیرند. نتایج بررسی برخی منابع مذکور در نگارش قسمت مرور متون آورده شده است. در تحلیل داده‌ها ابتدا مضامین اصلی مربوط به موضوع و مترادف‌های آن‌ها انتخاب شده، سپس بخش‌های دارای ارتباط کم‌تر با موضوع و دارای معانی مشابه حذف شدند و سعی شد یافته‌های مشابه دسته بندی و خلاصه شوند. در نهایت بر همین اساس پرتکرار و کاربردی‌ترین ابعاد، جهت طرح در نشست متخصصان انتخاب شدند.

مرحله دوم: هدف اصلی این مرحله بررسی و تایید اولیه ابعاد و زیرابعاد شناسایی شده بود و روش پژوهش عمده در این گام استفاده از نظر متخصصان در داخل بیمارستان بود. اعضای کمیته پایش و بهبود کیفیت مجتمع بیمارستانی امام رضا(ع) به عنوان اعضای اصلی فوکوس گروپ انتخاب شدند. اعضای این کمیته شامل رئیس بیمارستان، تعداد دو نفر عضو هیات علمی بالینی، معاون توسعه مدیریت و منابع، معاون آموزش و سلامت بیمارستان، مسئول دفتر بهبود کیفیت بیمارستان، مدیر پرستاری مجتمع، رئیس اداره منابع انسانی، مسئول دفتر بهبود کیفیت، رئیس اداره بودجه و تخصیص منابع، رئیس اداره فن آوری اطلاعات سلامت، مسئول واحد کنترل عفونت و مسئول واحد بهداشت محیط، مسئول گروه پایش، مسئول گروه

برنامه ریزی و مسئول گروه ایمنی و خطای بیمارستان بودند که این کمیته جهت ارزیابی ابعاد انتخاب شده تشکیل شد. مجموعاً دو جلسه با حضور متخصصان برگزار شد. روش اداره و نظرسنجی از متخصصان به شیوه گروه اسمی انجام شد. بدین منظور در هریک از جلسات برگزار شده به هریک از اعضا فرصت اظهار نظر در خصوص هریک از ابعاد پیشنهادی حاصل از مرحله قبل داده شد. هر یک از اعضا در خصوص مصادیق، نظرات خود را ارائه دادند و در صورت وجود ابهام به سوالات بقیه اعضا پاسخ داده شد. در نهایت رای گیری در خصوص ابعاد مشخص شده صورت پذیرفت. پاسخهای دریافت شده ابتدا به صورت +۱، صفر و -۱ (موافق معادل +۱، بی نظر معادل صفر و مخالف معادل -۱) علامتگذاری و سپس تعداد موارد موافق، بی نظر و مخالف برای هر یک از آیتمهای مورد پرسش شمارش شد. برای قضاوت در خصوص پذیرش یا رد هر یک از آیتمها، ملاک پاسخ موافق بیش از ۷۵ درصد شرکت کنندگان به آیتم مورد نظر بود.

موارد بین ۵۰ تا ۷۵ درصد توافق در دور بعدی مجدداً مورد پرسش واقع شد و موارد کمتر از ۵۰ درصد از الگو حذف شد. پاسخهای ارائه شده برای سوالات باز نیز با روش تحلیل درون مایه بررسی و کلیدواژههای مناسب (استخراج شده از متن اظهارنظرها) به صورت آیتمهای جدید در الگوی پیشنهادی لحاظ گردید. در دور بعدی، از شرکت کنندگان درخواست شد تا پاسخها را مجدداً بررسی نموده، در صورت نیاز در نظرات و قضاوتهای خود تجدید نظر کرده و دلایل خود را در مواردی که به توافق جمعی نرسیدند، ذکر نمایند. معیار لحاظ شدن موارد مختلف در الگوی نهایی، توافق بیش از ۷۵ درصدی شرکت کنندگان بود. در جلسات تاکید شد با رعایت احترام، به بیانات و دیدگاههای افراد گروه گوش داده و نظرات تکمیلی خود را بعد از پایان نظر فرد مورد نظر، ارائه نمایند. به منظور جلوگیری از انحراف از اهداف پژوهش، بر حسب ضرورت پاسخها توسط هدایتگر، هدایت می شدند (۲۰). در پایان این مرحله ابعاد اصلی و زیر بعدهای مربوط به هر بعد شناسایی شد.

مرحله سوم: هدف از این مرحله، شناسایی محورها و مصادیق ارزیابی عملکرد بخشها در بعد حداقل دادههای لازم

در نظام ارزیابی بخشها و واحدها بود. این مرحله در دو قسمت انجام شد. در قسمت اول که با روش تحلیل محتوی انجام شد، ابتدا تجربیات و مستندات بیمارستان در حوزه بررسی گزارشهای خطا و رسیدگی به شکایات و سنجش رضایت بیماران جمعآوری گردید. سپس استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستانهای ایران و مطالعات و مستندات مشابه جستجو و گردآوری شد. مستندات گردآوری شده با هدف شناسایی محورها و مصادیق ارزیابی عملکرد بخشها، تحلیل محتوی شد. در قسمت بعد محورها و مصادیق ارزیابی عملکرد شناسایی شده در یک نشست متخصصان مورد بررسی قرار گرفت و مصادیق اولیه برای بعد مربوطه انتخاب شد.

مرحله چهارم: این مرحله با هدف توافق سنجی روی زیرمحورها و مصداق‌های چارچوب نظام ارزیابی مستمر عملکرد

بخش‌ها و واحدها انجام شد. برای بررسی میزان توافق روی ابعاد و زیر بعدهای نظام ارزیابی مستمر از روش دلفی استفاده شد. اعضای دلفی برای نظرخواهی شامل شش نفر عضو هیات علمی دارای تجربیات یا مطالعات مشابه و ۱۵ نفر از اعضای تیم کمیته پایش و تیم مدیریتی بیمارستان (شامل رئیس مجتمع، معاون توسعه مدیریت، پنج سوپروایزر، سه نفر سرپرستار و دو نفر مسئول واحد و سه نفر از کارشناسان دارای سابقه ارزیابی بیمارستان در سطح دانشگاه) بودند. در این روش به هریک از اعضا فرصت اظهار نظر در خصوص هریک از ابعاد، زیر بعدها و محورها و مصادیق شناسایی شده پیشنهادی حاصل از مرحله قبل، داده شد. پاسخ‌های دریافت شده ابتدا به صورت +۱، صفر و -۱ (موافق معادل +۱، بی نظر معادل صفر و مخالف معادل -۱) علامتگذاری و سپس تعداد موارد موافق، بی نظر و مخالف برای هر یک از آیتم‌های مورد پرسش شمارش شد. برای قضاوت در خصوص پذیرش یا رد هر یک از آیتم‌ها، ملاک، پاسخ موافق بیش از ۷۵ درصد شرکت کنندگان به آیتم مورد نظر بود. موارد بین ۵۰ تا ۷۵ درصد توافق در دور بعدی مجدداً مورد پرسش واقع شد و موارد کمتر از ۵۰ درصد از الگو حذف شد. پاسخ‌های ارائه شده برای سوالات باز نیز با روش تحلیل درون‌مایه بررسی و کلیدواژه‌های مناسب (استخراج شده از متن اظهارنظرها) به صورت آیتم‌های جدید در الگوی پیشنهادی لحاظ گردید. در دور بعدی، از شرکت کنندگان درخواست شد تا پاسخ‌ها را مجدداً بررسی نموده، در صورت نیاز در نظرات و قضاوت‌های خود تجدید نظر کرده و دلایل خود را در مواردی که به توافق جمعی نرسیدند ذکر نمایند. معیار لحاظ شدن موارد مختلف در الگوی نهایی، توافق بیش از ۷۵ درصدی شرکت کنندگان بود.

گام سوم: مشارکت طلبی برای اجرا و الزامات اجرایی

در گام سوم پروژه و به جهت مشارکت طلبی برای اجرا و همچنین بررسی الزامات اجرایی پروژه نیاز بود که نظرات ذینفعان پروژه که در ناحیه دو (ذینفعان دارای میزان قدرت تأثیرگذاری زیاد و میزان علاقه کم) و همچنین افرادی که در ناحیه سه (ذینفعان دارای میزان قدرت تأثیرگذاری کم و میزان علاقه زیاد) اخذ گردد (شکل ۳). بر این اساس، فرایند طراحی شده به همراه سوالات مورد نظر شامل ابعاد ارزیابی هر یک بخش‌ها، برای کلیه ذینفعان مذکور به صورت رسمی ارسال و از ایشان درخواست شد به مدت یک هفته نظرات خود را ارائه دهند. علاوه بر این، با آن دسته از ذینفعان که در ناحیه دو قرار می‌گرفتند و قدرت تأثیرگذاری زیاد بر روی پروژه داشتند، جلساتی به صورت حضوری و چهره به چهره برگزار شد و رضایت ایشان برای اجرای کار جلب گردید. (جزئیات اقدامات انجام شده برای مشارکت طلبی برای اجرا و بررسی الزامات اجرایی در فصل سوم ارائه شده است)

گام چهارم: اجرا، ارزشیابی، بازخورد و پایدارسازی

گام چهارم پروژه شامل فرآیند اجرایی ارزشیابی، بازخورد و پایدارسازی بود. در این گام ابتدا ارزیابان انتخاب شدند. سپس برای کلیه ارزیابان یک دوره آموزشی تعریف شد. بعد از این دوره، فرایند ارزیابی شروع شد. نتایج ارزیابی در قالب سامانه ارزیابی مستمر و داشبورد مدیریتی به سرپرستاران و روسای بخش‌ها بازخورد داده شد. به جهت پایدار سازی فرایند، اقدامات لازم برای طرح موضوع در معاونت درمان دانشگاه و توسعه فرایند طراحی شده در سایر بیمارستان‌ها انجام شد. (جزئیات اقدامات انجام شده در خصوص اجرا، ارزشیابی، بازخورد و پایدارسازی پروژه در فصل چهارم ارائه شده است)

۲-۳-۲) چارچوب طرح

نظام ارزیابی مستمر عملکرد بخش‌ها و واحدها مجتمع بیمارستانی امام رضا (ع)

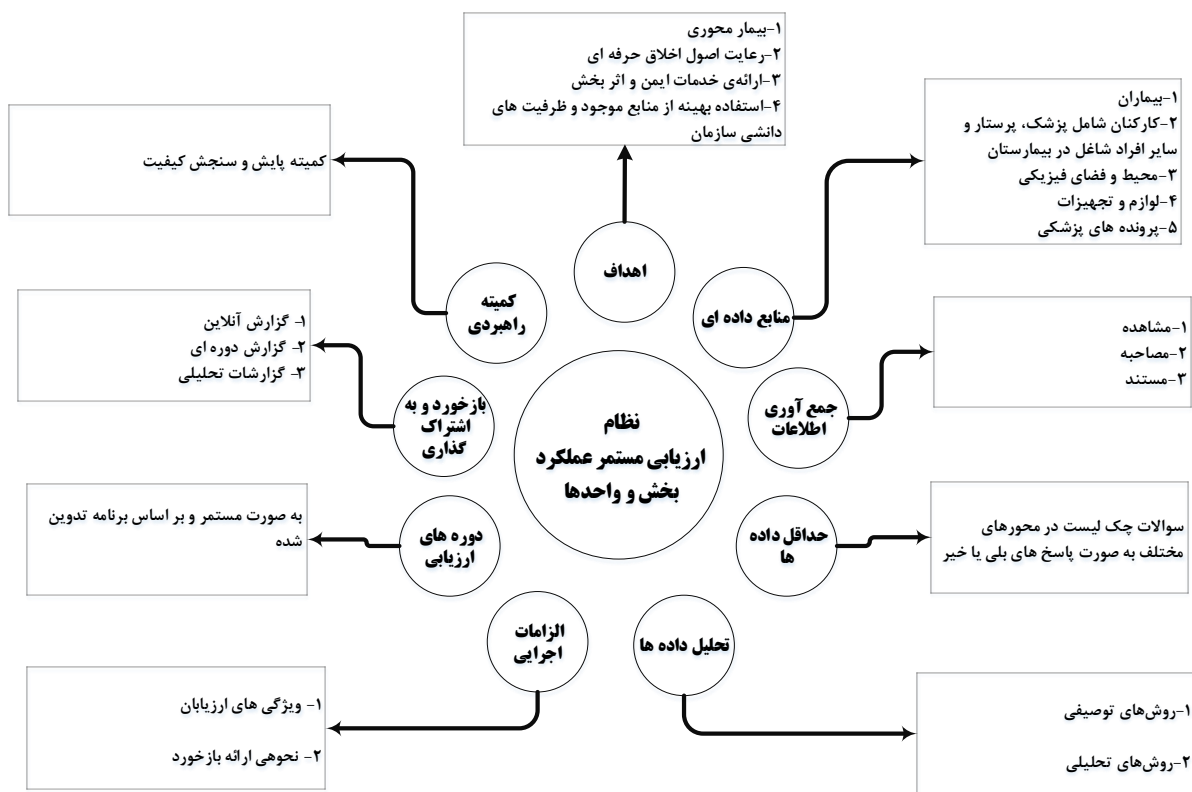
ماده ۱: مقدمه کلیات

چارچوب را می‌توان به عنوان شبکه‌ای که از مفاهیم به هم پیوسته تشکیل شده تا درک بهتری از یک پدیده به وجود آورد، تعریف کرد (۲۱). وجود یک الگوی مناسب و کاربردی برای ارزیابی عملکرد بیمارستان‌ها می‌تواند به صورت بالقوه به بهبود پاسخگویی، ارتقای کیفیت خدمات و افزایش رضایت مشتریان بیانجامد (۲۲).

ماده ۲: مدل کلی نظام ارزیابی مستمر عملکرد بخش‌ها و واحدها

بر اساس گام‌های طی شده در این پروژه نظام ارزیابی مستمر عملکرد بیمارستان در قالب نه محور طراحی و نهایی

شد.



شکل ۶: محورهای پروژه نظام ارزیابی مستمر عملکرد بیمارستان

ماده ۳: اهداف

اهداف این نظام منتج از مأموریت، چشم انداز و در راستای سیاست های اصلی و استراتژی های مجتمع به شرح ذیل

می باشد:

- استقرار حاکمیت بیمار محوری در کلیه فعالیت های بیمارستان
- بهبود رعایت اصول اخلاق حرفه ای
- تضمین ارائه خدمات ایمن و اثر بخش هم برای بیماران و هم کارکنان
- استفاده بهینه از منابع موجود و ظرفیت های دانشی و تجربی بیمارستان

ماده ۴: منابع داده ای

منابع جمع آوری داده ها در محورهای مختلف به شرح ذیل است :

جدول ۶: منابع داده‌ای محورهای مختلف پروژه نظام ارزیابی مستمر عملکرد بیمارستان

ردیف	محور	منابع داده‌ای	ردیف	محور	منابع داده‌ای
۱	ISBAR	• کارکنان	۱۲	مراقبت از بیمار مشکوک/ مبتلا به کرونا	• کارکنان • بیماران • پرونده‌های پزشکی
۲	بهداشت حرفه‌ای	• کارکنان	۱۳	مراقبت‌های اورژانس	• کارکنان • بیماران • پرونده‌های پزشکی
۳	بهداشت دست	• کارکنان	۱۴	مراقبت‌های بیهوشی و جراحی	• کارکنان • بیماران • پرونده‌های پزشکی
۴	بهداشت محیط - مدیریت پسماند	• کارکنان • محیط و فضای فیزیکی	۱۵	مراقبت‌های حاد	• کارکنان • بیماران • پرونده‌های پزشکی
۵	تجهیزات پزشکی	• کارکنان • لوازم و تجهیزات	۱۶	مراقبت‌های عمومی و بالینی	• کارکنان • بیماران • پرونده‌های پزشکی
۶	تسهیلات و اقامت	• بیماران	۱۷	مستندات پرونده	• کارکنان • پرونده‌های پزشکی
۷	کنترل عفونت	• کارکنان • محیط و فضای فیزیکی	۱۸	هموویتزیولانس	• کارکنان • بیماران • پرونده‌های پزشکی
۸	مادر و نوزاد	• کارکنان • بیماران • پرونده‌های پزشکی	۱۹	مدیریت اطلاعات سلامت	• کارکنان • پرونده‌های پزشکی
۹	مدیریت دارویی	• کارکنان • پرونده‌های پزشکی	۲۰	مدیریت خطا	• کارکنان

ماده ۵: شیوه‌های جمع‌آوری اطلاعات

شیوه‌های جمع‌آوری اطلاعات به شرح زیر می‌باشد:

- **مصاحبه حضوری یا تلفنی:** در مصاحبه حضوری ارزیابان با حضور در بخش و مصاحبه با کارکنان اقدام به تکمیل چک لیست مورد نظر می‌نمایند.
- **مشاهده:** در هنگام مصاحبه حضوری ارزیابان بر اساس مشاهده، میزان انطباق عملکرد با سطح مورد انتظار مصادیق مربوطه را ارزیابی و اقدام به تکمیل چک لیست مورد نظر می‌نمایند.

- **مستندات پرونده:** ارزیابان جهت بررسی برخی از مصادیق، اقدام به بررسی پرونده بیمار و تطابق مستندات ثبت شده با استانداردها و بالین بیمار نموده و سپس اقدام به تکمیل چک لیست مورد نظر می نمایند.

ماده ۶: تحلیل داده ها

تحلیل داده‌های گردآوری شده با استفاده از روش‌های زیر صورت می پذیرد:

- **آمار توصیفی:** شامل استفاده از روش‌های آمار توصیفی مانند نمودار، جدول میانگین و ... می باشد.
- **آمار تحلیلی:** شامل استفاده از روش‌های آمار استنباطی مانند انجام آزمون‌های آماری و استفاده از شیوه تحلیل ریشه ای انجام می‌شود.

ماده ۷: محور مقررات و الزامات اجرایی

مقررات و الزامات اجرایی نظام ارزیابی مستمر بخش‌ها و واحدهای بیمارستان به شرح ذیل می باشد:

- ارزیابان می بایست قبل از شروع به کار به عنوان ارزیاب دوره آموزشی مربوطه را طی نموده باشد.
- ارزیابان می بایست فاقد سوابق تایید شده در حوزه رفتارهای غیر حرفه ای با بیماران باشند.
- ارزیابان می بایست در هر حالت اصول محرمانگی اطلاعات بیماران را حفظ نمایند.
- ارزیابان می بایست از بین افرادی انتخاب شوند که دارای حداقل ویژگی ها شخصیتی در حوزه دقیق بودن، وقت شناسی، مسئولیت پذیری و پاسخگویی مناسب، دارا بودن مهارت‌های ارتباطی، بی طرفی و در نظر نگرفتن سود و نفع شخصی، پایبندی به استانداردها، داشتن مهارت‌های قضاوت و تحلیل، آگاه به استانداردهای اعتباربخشی آموزشی و درمانی و علاقه مندی به مشارکت در فرآیند ارزیابی باشند.

ماده ۸: دوره های ارزیابی

ارزیابی ها بسته به محورهای ارزیابی به دو شیوه مستمر و دوره ای بر اساس برنامه زمان بندی انجام می شوند.

جدول ۷: شیوه ارزیابی محورهای مختلف پروژه نظام ارزیابی مستمر عملکرد بیمارستان

ردیف	محور	دوره ارزیابی	ردیف	محور	دوره ارزیابی
۱	ISBAR	مستمر	۱۲	مراقبت از بیمار مشکوک/مبتلا به کرونا	مستمر
۲	بهداشت حرفه ای	دوره ای	۱۳	مراقبت های اورژانس	مستمر
۳	بهداشت دست	مستمر	۱۴	مراقبت های بیهوشی و جراحی	مستمر
۴	بهداشت محیط - مدیریت پسماند	دوره ای	۱۵	مراقبت های حاد	مستمر
۵	تجهیزات پزشکی	دوره ای	۱۶	مراقبت های عمومی و بالینی	مستمر
۶	تسهیلات و اقامت	دوره ای	۱۷	مستندات پرونده	دوره ای
۷	کنترل عفونت	مستمر	۱۸	هموویژولانس	دوره ای
۸	مادر و نوزاد	مستمر	۱۹	مدیریت اطلاعات سلامت	دوره ای
۹	مدیریت دارویی	مستمر	۲۰	مدیریت خطا	دوره ای

ماده ۹: محور بازخورد و انتشار اطلاعات

بازخورد نتایج حاصل از ارزیابی مستمر عملکرد بخش ها و واحدها با مکانیسم تحلیل داده ها به صورت آمار توصیفی و

تحلیلی در قالب جداول و نمودارهای فراوانی و درصد و نمودار استخوان ماهی، به تفکیک هریک از بخش های درمانی به دو شیوه

آنلاین و مستمر به شرح ذیل انجام می شود:

- **گزارش آنلاین:** ارائه گزارشات در کارتابل رئیس، معاونین، مدیران و روسای ادارات بیمارستان، سوپروایز،

سرپرستار و رئیس بخش بر اساس سطوح دسترسی تعریف شده در سامانه ارزیابی مستمر

- **گزارش دوره ای:** ارائه گزارشات در داشبورد مدیریتی با امکان مشاهده ارزیابی ها در بازه های زمانی متفاوت

در داشبورد رئیس، معاونین و مدیران بیمارستان، سوپروایز، سرپرستار و رئیس بخش بر اساس سطوح

دسترسی تعریف شده در سامانه ارزیابی مستمر

- **گزارشات تحلیلی:** ارائه گزارشات در کمیته های پایش و سنجش کیفیت، کمیته کنترل عفونت، کمیته ارتقا

راهبردی خدمات اورژانس، کمیته مرگ و میر و عوارض بیمارستانی، کمیته ترویج زایمان طبیعی، کمیته طب

انتقال خون و تیم مدیریتی

ماده ۱۰: محور کمیته راهبردی

کمیته پایش و سنجش کیفیت با هدف ایجاد هماهنگی و نظارت و بر عملکرد ارزیابان و فرآیندهای ارزیابی و بازخورد به عنوان کمیته راهبردی نظام سنجش پاسخگویی به انتظارات غیرطبیعی گیرندگان خدمت فعالیت خواهد داشت. وظایف مرتبط به شرح ذیل می باشد:

- بررسی گزارش‌های تولید شده
- بررسی و تصویب پیشنهادات در حوزه مداخلات مرتبط
- پیگیری نتایج اجرای مداخلات مرتبط
- بررسی و پیشنهاد طرح تغییرات در نظام ارزیابی عملکرد بخش‌ها و واحدها در کمیته تیم مدیریتی
- همکاری در نیازسنجی آموزشی، اجرای برنامه‌های آموزشی مورد نیاز همکاران در حوزه مرتبط و نیز پیگیری و همکاری در تشکیل کلاس‌ها و دوره‌های آموزشی
- استخراج، مستند سازی، بروز رسانی و اشتراک گذاری اطلاعات منطبق با مدیریت دانش و ارائه مستندات

ماده ۱۱: حداقل داده ها

یکی از مهم‌ترین محورهای نظام ارزیابی مستمر عملکرد بخش‌ها و واحدها، محور حیطه‌ها و مصادیق ارزیابی می باشد. بر اساس گام های طی شده در این پروژه مصادیق ارزیابی در ۱۸ محور و ۳۹۴ مصداق به شرح جداول ذیل تعیین گردید:

بند ۱: در این قسمت کلیه محورها و مصادیق مربوط به هر محور بیان شده است.

جدول ۸: محورها و تعداد مصادیق در هر محور در پروژه نظام ارزیابی مستمر عملکرد بیمارستان

ردیف	نام محور	تعداد مصادیق	ردیف	نام محور	تعداد مصادیق
۱	ISBAR	۱۷	۱۲	مراقبت از بیمار مشکوک/مبتلا به کرونا	۲۳
۲	بهداشت حرفه ای	۱۱	۱۳	مراقبت های اورژانس	۱۳
۳	بهداشت دست	۶	۱۴	مراقبت های بیهوشی و جراحی	۴۱
۴	بهداشت محیط - مدیریت پسماند	۲۸	۱۵	مراقبت های حاد	۶
۵	تجهیزات پزشکی	۲۲	۱۶	مراقبت های عمومی و بالینی	۳۷
۶	تسهیلات و اقامت	۱۲	۱۷	مستندات پرونده	۳۳
۷	کنترل عفونت	۴۴	۱۸	هموویژیولانس	۲۰
۸	مادر و نوزاد	۱۳	۱۹	آموزش به بیمار	۱۵
۹	مدیریت اطلاعات سلامت	۲۸	۲۰	حقوق گیرنده خدمت	۲۳
۱۰	مدیریت خطا	۹	۲۱	محور مراقبت موردی	۲۰
۱۱	مدیریت دارویی	۸			
جمع کل					
					۴۲۹

بند ۲: نحوه امتیازدهی به مصادیق

سوالات چک لیست به صورت صفر و یک با دو گزینه "بلی" و "خیر" طراحی شدند. عدم انطباق عملکرد در هر مصادیق با مصادیق تعریف شده و در کمتر از ۶۰ درصد موارد بررسی شده نمره صفر و مشاهده عملکرد در هر مصادیق در بیش از ۶۰ درصد موارد بررسی شده نمره یک را به خود اختصاص داد. مکانیسم تحلیل داده‌ها به صورت آمار توصیفی و تحلیلی در قالب جداول و نمودارهای فراوانی و درصد و نمودار استخوان ماهی به تفکیک هریک از بخش‌های درمانی تعیین گردید.

بند ۳: مصادیق مربوط به محور تحویل و تحول بیماران (ISBAR)

محور تحویل و تحول بیماران (ISBAR)		
ردیف	مصادیق	توضیحات
۱	شناسایی هویت بیمار به صورت صحیح توسط پرستار تحویل گیرنده انجام می شود.	شناسایی بیمار بر طبق دستور العمل بصورت فعال برای بیمار هوشیار و بیمار غیر هوشیار بصورت کنترل دستبند شناسایی و تطابق با پرونده بیمار انجام می گیرد.
۲	کنترل دستبند شناسایی توسط پرستار تحویل گیرنده انجام می شود.	پرستار تحویل گیرنده وجود دستبند و صحت اطلاعات درج شده روی دستبند بیمار را کنترل می نماید.
۳	پرستار تحویل گیرنده ضمن یادداشت نام خود بر تابلوی بالای سر بیمار، اقدام به معرفی خود به بیمار می نماید.	در صورت نداشتن همراه و غیر هوشیار بودن بیمار، نوشتن نام خانوادگی روی تابلو بیمار جهت کسب نمره کفایت می کند.
۴	پرستار تحویل دهنده تشخیص/ شکایت اصلی بیمار و پزشک معالج بیمار را گزارش می کند.	پرستار تحویل دهنده تشخیص درج شده در پرونده بیمار را به صورت صحیح با رعایت اصل محرمانگی و CUBAN و نام پزشک به پرستار تحویل گیرنده گزارش می کند.
۵	پرستار تحویل دهنده میزان هوشیاری، بیداری و وضعیت ذهنی بیمار را به پرستار تحویل گیرنده گزارش می کند.	توضیح وضعیت هوشیاری و در بخش های مراقبت ویژه استفاده از ابزار بررسی سطح هوشیاری ملاک ارزیابی می باشد(نمره RASS، GCS و...).
۶	پرستار تحویل دهنده وضعیت تنفس، ابزارهای کمک تنفسی، وضعیت همودینامیک و درد بیمار را گزارش می نماید.	وضعیت اکسیژناسیون با و بدون ابزارهای کمک تنفسی و پایدار / ناپایدار بودن وضعیت همودینامیک، وجود و میزان درد و ... به همراه اقدامات انجام شده برای آنها باید توسط پرستار تحویل دهنده گزارش شود.
۷	پرستار تحویل دهنده نوع رژیم غذایی بیمار و وضعیت تحمل وی را گزارش می نماید.	پرستار تحویل دهنده رژیم غذایی، رعایت رژیم توسط بیمار، میزان تحمل رژیم غذایی توسط بیمار و میزان اشتها بیمار را گزارش می نماید.
۸	پرستار تحویل دهنده میزان فعالیت و تبعیت بیمار از این وضعیت را گزارش می نماید.	پرستار تحویل دهنده میزان فعالیت بیمار و رعایت یا عدم رعایت میزان فعالیت توسط بیمار را گزارش می دهد
۹	پرستار تحویل دهنده نمره موریس، هامپی دامپی و برادن بیمار را به پرستار تحویل گیرنده اطلاع می دهد.	مقیاس موریس؛ هامپی دامپی و برادن به صورت صحیح نمره گذاری شده و با بالین بیمار مطابقت دارد و در کاردکس ثبت شده است.
۱۰	در صورت وجود زخم فشاری پرستار تحویل دهنده محل و درجه و نوع پانسمان آن را گزارش می نماید.	

محور تحویل و تحول بیماران (ISBAR)		
ردیف	مصادیق	توضیحات
۱۱	پرستار تحویل دهنده علت الصاق لیبل زرد جهت بیمار را گزارش می کند.	در صورتیکه بیمار در معرض سقوط (نمره مورس بیشتر از ۲۵ و هامپی دامپی بیشتر از ۱۲)، سابقه خودکشی، بروز زخم فشاری (برادن کمتر از ۱۲)، در معرض DVT، سابقه یا احتمال تشنج نیاز به لیبل زرد روی دسبند شناسایی بیمار می باشد.
۱۲	پرستار تحویل دهنده سابقه پزشکی بیمار را به پرستار تحویل گیرنده اطلاع می دهد.	پرستار تحویل دهنده از سوابق پزشکی و بیماری زمینه ای و تشخیص های ثانویه (در صورت وجود) و داروهای مصرفی بیمار اطلاع دارد و به پرستار تحویل گیرنده گزارش می نماید.
۱۳	پرستار تحویل دهنده در خصوص وجود آلرژی در بیمار، نوع آن و نصب برچسب قرمز روی دستبند شناسایی را به پرستار تحویل گیرنده گزارش می دهد.	در صورت وجود آلرژی پرستار تحویل دهنده نوع آلرژی را ذکر کرده و پرستار تحویل گیرنده وجود برچسب رنگی (قرمز) بیمار را کنترل می نماید.
۱۴	پرستار تحویل دهنده هنگام تحویل بیمار حفظ محرمانگی اطلاعات و اصل CUBAN را رعایت می کند.	در انتقال اطلاعات رعایت اصل محرمانگی برای بیمار هوشیار و غیر هوشیار جزو الزامات است.
۱۵	پرستار تحویل دهنده اقدامات انجام شده در طول شیفت و نتایج آن ها و پیگیری های موجود برای شیفت بعد را به پرستار تحویل گیرنده اطلاع می دهد.	پرستار تحویل دهنده از اقدامات و پیگیری های انجام شده برای بیمار در طول شیفت اطلاع داشته و در صورت وجود هرگونه پیگیری اعم از مشاوره، گرافی، آزمایشات و ... به پرستار تحویل گیرنده اطلاعات لازم را ارائه می دهد.
۱۶	پرستار تحویل گیرنده اتصالات بیمار و صحت عملکرد آنها را کنترل می نماید.	اتصالات بیمار از جمله سوند معده، راه وریدی / شریانی، راه وریدی مرکزی، سوند مثانه، لوله تراشه، پانسمان، چست تیوپ و ... را کنترل و از محل صحیح و عملکرد آنها اطمینان حاصل می کند.
۱۷	پرستار تحویل گیرنده تجهیزات ایمنی بیمار را کنترل و از صحت عملکرد آنها اطمینان حاصل می کند.	کنترل بدسایدهای بیمار، در دسترس و آماده به کار بودن زنگ احضار پرستار، صحت عملکرد اکسیژن و ساکشن سانتال، نزدیک بودن وسایل مورد نیاز بیمار به وی و ایمنی یونیت بیمار باید انجام شود.

بند ۴: مصادیق مربوط به محور بهداشت حرفه ای

محور بهداشت حرفه ای		
ردیف	مصادیق	توضیحات
۱	کارکنان کادر اداری (منشی و کارشناس HIM و ...) از اصول ارگونومی آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.	
۲	کارکنان نیروی خدماتی از اصول ارگونومی آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می کنند.	نحوه جابجایی و انتقال بیماران، حمل بار و نحوه نظافت
۳	کارکنان کمک بهیار از اصول ارگونومی آگاهی داشته و در انجام فعالیت های خود رعایت می کنند.	آگاهی از اصول ارگونومی در جابجایی و انتقال بیماران و اجسام
۴	کارکنان از روش اجرایی ایجاد محیط آرام و ساکت، آگاهی داشته و به آن عمل می کنند.	تنظیم آلارم دستگاهها، نحوه و سطح بلندی گفتگوی کارکنان، کاهش صدای زنگ احضار پرستار و تلفن ها، بررسی تجهیزات مانند ترالی ها و لولای درب ها و رفع نقایص به منظور کاهش سر و صدا کاهش رفت و آمد در بخش
۵	کارکنان نسبت به حد استاندارد رطوبت و دما در اتاق عمل آگاه بوده و کنترل های لازم صورت می پذیرد.	میزان رطوبت نسبی بین ۴۵ تا ۶۰ درصد و میزان درجه حرارت بین ۲۰ تا ۲۱ درجه قابل قبول می باشد.
۶	کارکنان از مسیر خروج اضطراری آگاه بوده و در زمان نیاز می توانند از آن استفاده کنند.	بخش دارای درب خروج اضطراری بوده که با علائم راهنما مشخص شده است، مسیر تردد آن مانع زدایی شده و پرسنل از آن آگاهی دارند. هر کدام از موارد وجود نداشت، امتیازی تعلق نمی گیرد.
۷	کارکنان پرونده سلامت شغلی دارند و در معاینات دوره ای شرکت نموده اند.	کلیه کارکنان می بایست پرونده سلامت بهداشتی در واحد طب کار داشته باشند. چنانچه حتی یک نفر از کارکنان هم پرونده نداشته باشد امتیازی تعلق نمی گیرد.
۸	اصول MSDS مواد شیمیایی در بخش رعایت می گردد و پرسنل آگاهی های لازم را در این زمینه دارند.	
۹	کارکنان پرستاری اصول ارگونومی را در انجام کارها رعایت میکنند.	آگاهی از اصول ارگونومی و وجود امکانات استاندارد
۱۰	کارکنان از نحوه کار با تجهیزات اطفاء حریق آگاهی داشته و در زمان نیاز می توانند از آن استفاده کنند.	تجهیزات شامل کپسول اطفاء حریق- فایرباکس و ... می باشد. این تجهیزات باید به تعداد مناسب و استاندارد و با تاریخ شارژ معتبر در بخش موجود باشد و پرسنل مهارت استفاده از آن را داشته باشند.
۱۱	پرسنل نسبت به نکات ایمنی در مواجهه با منابع پرتو زا آگاه بوده و به آن عمل می کنند.	استفاده از پاراوان سربی، پیش بند سربی، مناسب بودن طول رابط تخلیه پرتو و حفظ فاصله از منبع پرتو

بند ۵: مصادیق مربوط به محور بهداشت دست

محور بهداشت دست		
ردیف	مصادیق	توضیحات
۱	اقدامات مراقبتی در زمان حضور ارزیاب توسط پرستاران انجام می شود و از سکون خودداری می-کنند.	
۲	بهداشت دست قبل از تماس با بیمار توسط کمک بهیاران انجام می شود.	فقط در صورت مشاهده پاسخ داده شود.
۳	بهداشت دست قبل از اقدام آسپتیک توسط پرستاران انجام می شود.	فقط در صورت مشاهده پاسخ داده شود.
۴	بهداشت دست قبل از تماس با بیمار توسط پرستاران انجام می شود.	فقط در صورت مشاهده پاسخ داده شود.
۵	بهداشت دست قبل از اقدام آسپتیک توسط پزشکان و فراگیران انجام می شود.	فقط در صورت مشاهده پاسخ داده شود.
۶	بهداشت دست قبل از تماس بابیمار توسط پزشکان و فراگیران انجام می شود.	فقط در صورت مشاهده پاسخ داده شود.

بند ۶: مصادیق مربوط به محور بهداشت محیط و مدیریت پسماند

محور بهداشت محیط و مدیریت پسماند		
ردیف	مصادیق	توضیحات
۱	پرسنل از کتابچه راهنمای مواد گندزدا آگاهی دارند.	
۲	حلقه در سرویس بهداشتی جهت آویز سرم بیمار وجود دارد.	
۳	شرایط آبدارخانه ایمن است.	
۴	دستورالعمل احتیاط در خصوص اجسام تیز و برنده جامانده در البسه و ملحفه بیمار رعایت می شود.	برداشتن اجسام تیز و برنده با پنس و باز کردن گره های ملحفه
۵	ترالی حمل البسه و ملحفه تمیز و کثیف از بین ملحفه و لباس عفونی جدا می باشد.	
۶	جابجایی وسایل استریل شده به وسیله جعبه های دربسته و یا ترالی های دربدار انجام می شود.	
۷	جداسازی و نشانه گذاری مسیرهای عبور از کثیف به تمیز و از تمیز به استریل رعایت می شود.	
۸	جابجایی وسایل استریل و غیر استریل به صورت مجزا از هم انجام می شود.	امکانات جداسازی وجود داشته و هر ترالی یا بالابر با برچسب مشخص شده است.
۹	در اتاق های عمل مسیرهای ورودی و خروجی تجهیزات و لوازم اتاق عمل از یکدیگر مجزا می باشد.	

محور بهداشت محیط و مدیریت پسماند		
ردیف	مصادیق	توضیحات
۱۰	اتاق‌های ایزوله دارای شرایط بهداشتی می باشد.	وجود پیش اتاق و تجهیزات لازم در آن، وجود سرویس بهداشتی و حمام، تی شوی و تخلیه ساکشن، وجود سیستم تهویه مناسب
۱۱	ممنوعیت بازیافت پسماندهای پزشکی در بخش رعایت شده است.	
۱۲	دستورالعمل اقدامات احتیاطی در ارتباط با پسماندهای پزشکی در بخش موجود بوده و کارکنان خدماتی از آن آگاهی دارند.	
۱۳	لیست پسماندهای هر بخش روی برد بهداشت محیط موجود می باشد.	لیست مذکور از واحد بهداشت محیط تحویل گرفته شده است.
۱۴	محل مناسب ومواد گندزدا جهت شستشو و گندزدایی سطل های زباله داخل بخش/واحد وجود دارد.	محل مذکور دارای شرایط بهداشتی شامل آب سرد و گرم، سیستم تهویه مناسب، وصل بودن به سیستم فاضلاب بیمارستان، مجهز به کف شوی، شرایط بهداشتی دیوار و کف می باشد. شستشوی سطل ها به صورت روزانه و موردی (بر حسب نیاز) انجام می شود.
۱۵	وضعیت تهویه و هوای بخش‌ها و واحدها مطلوب می‌باشد.	وجود سیستم تهویه و روشن بودن آن در اتاق های عمل و وجود فیلتر مخصوص الزامی است.
۱۶	پنجره ها در بخش‌ها با شرایط بهداشتی مطابقت دارد(توری سالم، سالم بودن چهار چوب و نظافت پنجره ها)	
۱۷	دستور العمل لکه زدایی خون و ترشحات بیمار به درستی در بخش‌ها و واحدها رعایت می شود.	دستورالعمل لکه زدایی شامل رعایت احتیاطات استاندارد، بی خطر سازی خون و ترشحات با محلول گندزدا ۲ درصد به مدت حداقل ۱۰ دقیقه، استفاده از دستمال جاذب، تمیز کردن محل با آب و دترجنت (عدم استفاده از تی رعایت شده باشد)
۱۸	برچسب گذاری محلول های گندزدا پس از رقیق سازی، انجام می گیرد.	برچسب مخصوص از واحد بهداشت محیط تحویل گرفته شده و حاوی اطلاعاتی از جمله درصد رقیق سازی و تاریخ آماده سازی است.
۱۹	شرایط بهداشتی آبدارخانه مطابق با آیین نامه ابلاغی وزارت بهداشت می باشد.	کف آبدارخانه سنگ دیوارهای قابل شستشو. تهویه مناسب، وجود کف شوی. تمیزی کابینت، یخچال و میز غذاخوری
۲۰	تی شوی در بخش‌ها مستقل از اتاق کثیف وجود دارد.	

محور بهداشت محیط و مدیریت پسماند		
ردیف	مصادیق	توضیحات
۲۱	شرایط بهداشتی دیوار، سقف و کف بخش‌ها با ضوابط بهداشتی مطابقت دارد.	دیوارها تا ارتفاع ۵/۱ متر قابل شستشو (سنگ، سرامیک و یا رنگ روغن)، کف بخش سنگ، سرامیک یا کف پوش مناسب هم از نظر تمیزی و سالم بودن
۲۲	شرایط بهداشتی و تمیزی اتاق بیمار و لوازم مصرفی آن رعایت شده است.	تمیزی تخت، میز و کمد، یخچال، تشک بیمار، کنسول، درب، دیوارها و ...
۲۳	شرایط بهداشتی و نظافت سرویس‌های بهداشتی و حمام‌های بخش رعایت شده است.	شستشوی سرویس‌ها در هر ۳ شیفت، تعویض کیسه زباله، وجود مایع دستشویی، تمیز بودن ظرف مایع، روشن بودن سیستم تهویه بخش و ... بررسی شود.
۲۴	سطل زباله زرد و ظرف پسماند برنده (Safety Box) همراه با ترالی به اتاق بیمار آورده می‌شود.	در اتاق بیماران، راهروها و سالن‌های عمومی سطل زباله زرد و ظرف پسماند برنده وجود ندارد و در موارد لزوم به همراه ترالی به بالین بیمار آورده می‌شود. (دستور العمل یکسان سازی پسماند رعایت می‌شود). موارد استثنا مانند بخش عفونی، اتاق‌های ایزوله، اتاق‌های عمل و ICU ها، زایشگاه، دیالیز، سوختگی، NICU و اورژانس هستند که وجود سطل زباله زرد و Safety Box در اتاق‌ها و ... مجاز می‌باشد.
۲۵	پسماندهای غیرعفونی در کیسه‌های مشکی و به صورت صحیح در مبدا تفکیک شده است.	
۲۶	برچسب گذاری پسماندها پس از جمع‌آوری، داخل بخش و در هر ۳ شیفت انجام می‌شود.	امکانات و تسهیلات لازم از قبیل سطل و کیسه با رنگ بندی زرد، مشکی و قهوه‌ای و نیز ظروف مستحکم و مقاوم جهت جمع‌آوری پسماندهای تیز و برنده و نیز برچسب مخصوص آن موجود است.
۲۷	پسماندهای شیمیایی و دارویی در بخش/ واحد به صورت صحیح و در کیسه قهوه‌ای رنگ تفکیک می‌شوند.	
۲۸	پسماندهای عفونی در بخش/ واحد به صورت صحیح و در کیسه زرد رنگ تفکیک می‌شوند.	

بند ۷: مصادیق مربوط به محور تجهیزات پزشکی

محور تجهیزات پزشکی		
ردیف	مصادیق	توضیحات
۱	حمل و جابجایی کپسول گازهای طبی بر اساس اصول استاندارد انجام می شود.	در حین حمل و نقل، مانومتر و رگولاتور جدا شده، درپچه سیلندر بسته شده و کلاهک روی آن قرار داده شده است. ضمن انتقال با ترالی مخصوص کپسول توسط زنجیر محکم شده است. حمل و نقل سیلندرها به صورت ایستاده انجام میشود و از کشیدن و چرخاندن به صورت افقی خودداری شده است.
۲	کارکنان در خصوص رنگ بندی کپسولهای گازهای طبی آگاهی دارند.	جدول رنگ بندی گازهای طبی در فایل سرور قرار داده شده است.
۳	دستورالعمل استفاده از کپسولهای گازهای طبی و پوستر علائم هشداردهنده در محل نگهداری کپسولها نصب شده است.	دستورالعمل استفاده و پوستر به بدنه کپسول یا غلاف متصل نشده باشد.
۴	اطمینان از پر بودن کپسولها در ابتدای هر نوبت کاری در بخشهای درمانی با روشی مدون برنامه-ریزی و انجام شود.	سیلندر دارای گیج تعیین کننده فشار داخلی گاز است، بایستی روش تشخیص سیلندرهایی خالی از پر در فرایند تامین گازهای طبی به ویژه گاز اکسیژن برنامه ریزی شده باشد. روش اجرایی: چک لیست بررسی روزانه کپسول در مجاورت محل نگهداری آن نصب شده است و در هر شیفت کاری مشخصات کپسول و فشار آن در چک لیست ثبت گردد.
۵	کارکنان بخش از نحوه آماده سازی کپسول برای استفاده بر بالین بیمار اطلاع دارند.	کارکنان بخش از نحوه تشخیص نوع گاز، تست پر و خالی بودن کپسول، تست صحت گیج مانومتر و تنظیم فشار مناسب برای بیمار اطلاع دارند.
۶	کارکنان از محل قرارگیری valve box و alarm box و نحوه چک آن اطلاع دارند.	کارکنان از بازه استاندارد گازهای طبی، ولوباکس و ... اطلاع داشته و در صورت لزوم جهت اعلام به واحد مرتبط (واحد اکسیژن) از شماره-های آن اطلاع دارند.
۷	کارکنان از نحوه نگهداری ایمن کپسولهای گازهای طبی اطلاع داشته و به آن عمل می کنند.	کپسولهای گازهای طبی در مکانهای خود ثابت و محکم شوند، نگهداری سیلندر گازهای طبی در فضای محصور و مسقف، به دور از تابش مستقیم نور خورشید، دارای تهویه مناسب، عدم پوشاندن بدنه کپسول با هر گونه پارچه، نایلون و سایر پوشانندهها، نشانه گذاری و تفکیک محل نگهداری سیلندرهایی خالی از پر
۸	کارکنان مرتبط (کمک بهیار/ پرستار/ کارشناس بیهوشی و ...) از دستورالعمل نظافت تجهیزات پزشکی آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می کنند.	ضد عفونی روزانه با دستمال مرطوب شده با ماده ضد عفونی کننده (پرناسید M) به نحوی که آب به داخل دستگاه نفوذ نکند. عدم استفاده از دستمال خیس یا آغشته به الکل برای نظافت و یا قرار دادن دستمال خیس روی دستگاه، عدم استفاده از دستمال حاوی مواد ضد عفونی کننده برای صفحه مانیتور و سیم های الکتریکی و استفاده از دستمال مرطوب شده برای نظافت این قسمتها
۹	کارکنان بخش نسبت به نگهداشت باتری تجهیزات	حداقل ماهیانه یک مرتبه دستگاه از برق شهری جدا شده و باتری آن

محور تجهیزات پزشکی		
ردیف	مصادیق	توضیحات
	پزشکی اطلاع داده و به آن عمل می کنند.	تخلیه گردد، سپس مجدد به برق متصل شود.
۱۰	اکسسوری تجهیزات پزشکی نظیر الکتروشوک، مانیتور، ECG و ... پس از استفاده به صورت مرتب در جایگاه مناسب قرار داده شده است.	نصب دستبند ECG روی دسته تراسی آن و قرار دادن پوارها روی تراسی جهت جلوگیری از کشیدگی و قطعی لیدها، قرار دادن اکسسوری مانیتورینگ در سبد آن، مرتب کردن کابل ECG و الکتروشوک
۱۱	کارکنان نسبت به نحوه دشارژ دستگاه الکتروشوک بعد از شارژ آن اطلاع دارند.	استفاده از کلیدهای مناسب جهت disarmng به جای خاموش کردن دستگاه و عدم تخلیه روی دستگاه و هوا
۱۲	کارکنان از نحوه صحیح نصب آداپتور فلومتر اکسیژن، ساکشن سانترال، شلنگ های دستگاه و نیلاتور یا شلنگ های ماشین بیهوشی به گونه ای که به اوت لت های گازهای طبی آسیبی وارد نشود، اطلاع دارند.	نصب آداپتور کلیه دستگاه های ذکر شده به صورت فشاری می باشد. اما برداشتن قطعات باید با دقت لازم بدون ایجاد هیچ گونه نیروی غیر معقول صورت گیرد، به گونه ای که ابتدا فلومتر اکسیژن یا شلنگ مربوطه در یک دست مهار شود سپس غلاف دور اوت لت فشار داده شود. کشیدن فلومتر اکسیژن یا شلنگ بدون فشار دادن غلاف موجب آسیب به آن و نشتی گاز طبی می شود.
۱۳	پمپ های تزریق موجود در بخش به صورت ایمن و صحیح روی پایه نصب شده است و کارکنان نسبت به استفاده صحیح از دستگاه اطلاع دارند.	عدم استفاده از باند و چسب جهت فیکس کردن پمپ روی پایه، نحوه استفاده صحیح از کلمپ و هوک جهت جلوگیری از شکستن و مفقود شدن آن
۱۴	باتل های ساکشن های پرتابل و سانترال موجود در بخش به موقع تخلیه و نظافت می شوند.	
۱۵	کارکنان در خصوص نحوه کار با دستگاه الکتروشوک و نحوه تست آن مهارت دارند.	نحوه کاربری دستگاه (آماده سازی جهت شوک به بیمار)، نحوه کار در حالت مد SYNC، نحوه انجام تست روزانه، اطفالی کردن پدلها
۱۶	کارشناس پرستاری/ ماما/ بیهوشی از نحوه استفاده از دستگاه ونتیلاتور موجود در بخش آگاهی دارند.	نحوه کالیبره سنسور اکسیژن، آشنایی با نوع آداپتور اکسیژن و air، آشنایی استفاده از کمپرسور، آشنایی با نحوه استفاده از همودیفاير، چک کردن واترترپ دستگاه و ست تیوبینگ و تخلیه به موقع آن جهت جلوگیری از نفوذ مایعات به داخل دستگاه
۱۷	کارشناس پرستاری/ ماما/ بیهوشی از نحوه استفاده از ماشین بیهوشی موجود در بخش آگاهی دارند.	نحوه کالیبره سنسور اکسیژن، نحوه تست لیک دستگاه، چک کردن کپسول و صحت گیج رگولاتور، آشنایی با نوع آداپتور اکسیژن و air و O2n، استفاده از فیلتر مناسب در ابتدای ست جهت جلوگیری از نفوذ مایعات به دستگاه
۱۸	رابط تجهیزات پزشکی در بخش ها نسبت به وظایف خود آگاه بوده و به آنها عمل می کند.	آگاهی از نوع خرابی اعلام شده در سامانه، آگاهی از نوع دستگاه و محل نگهداری آن، ثبت نقل و انتقال دستگاه از بخش به واحد تجهیزات پزشکی و بالعکس در دفتر تجهیزات پزشکی بخش، پیگیری انتقال سریعتر دستگاه معیوب به واحد تجهیزات و برگشت آن، نظارت بر نظافت صحیح تجهیزات، پیگیری و جمع آوری قطعات معیوب به منظور پیشگیری از مفقود شدن قطعه و ...، مراحل اداری جهت ارسال دستگاه به شرکت ظرف مدت ۷۲ ساعت انجام می پذیرد. در صورت آگاهی از وظایف و عدم عمل به آنها امتیاز تعلق نمی گیرد.

محور تجهیزات پزشکی		
ردیف	مصادیق	توضیحات
۱۹	سرپرستار/مسئول شیفت/رابط تجهیزات از شرایط فضای فیزیکی نگهداری تجهیزات پزشکی اطلاع داشته و این مورد در بخش رعایت شده است.	عدم قرار گرفتن دستگاه ها بر روی هم، عدم گرفتن آنها در معرض نور خورشید، نگهداری دستگاه در فضای فاقد گرد و غبار، تجهیزاتی که فعلا مورد استفاده قرار نمیگیرند در اتاق کار یا تجهیزات قرار داشته و در سالن یا اتاق بیمار یا در محل رفت و آمد قرار داده نشده است، تفکیک محل نگهداری تجهیزات معیوب تا زمان تعیین تکلیف از تجهیزات سالم
۲۰	سرپرستار/مسئول شیفت/رابط تجهیزات نسبت به دستورالعمل تعیین تکلیف دستگاه های معیوب در بخش آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می کند.	آشنایی با نحوه کار با سامانه pmq، ذکر نوع خرابی، اعلام خرابی بلافاصله پس از وقوع و اجتناب از ثبت همزمان حجم زیادی از دستگاه ها، مراجعه به سامانه، قسمت پیگیری درخواست به منظور اطلاع از مراحل تعمیرات
۲۱	کلیه دستگاه های بخش دارای راهنمای کاربری می باشد.	راهنمای کاربری کلیه تجهیزات در فایل سرور موجود می باشد.
۲۲	کارکنان از معنای رنگ های لیبل های کنترل کیفی و اقدامات لازم جهت استفاده از دستگاه اطلاع دارند.	این برچسب یکی از رنگهای سبز، زرد یا قرمز را دارد که به ترتیب معرف وضعیت قبول، مشروط و مردود است. برچسب سبز: کاربر مجاز به استفاده از دستگاه است. برچسب قرمز: دستگاه باید تا برطرف شدن کامل مشکل از بخش جمع آوری گردد. (اصل تفکیک محل نگهداری دستگاه های معیوب از سالم رعایت گردد). برچسب زرد: یک برچسب اخطار شامل خلاصه ایراد دستگاه و محدودیتهای استفاده از آن در کنار برچسب زرد وجود دارد. کاربر تنها در صورت اطلاع از نوع محدودیت و اطمینان از رعایت شرایط لازم مجاز به استفاده از دستگاه است.

بند ۸: مصادیق مربوط به محور تسهیلات و اقامت

محور تسهیلات و اقامت		
ردیف	مصادیق	توضیحات
۱	خط آزاد ارتباطی در بخش موجود و فعال می باشد.	تلفن خط آزاد چک شود تا موجود بوده و زنگ تلفن قطع نباشد.
۲	اتاق درمان در بخش های بالینی به صورت فضای مستقل وجود دارد.	تجهیزات اتاق درمان شامل: روشویی جهت شست و شوی دست، پریز برق، گازهای طبی، احضار پرستار، ساکشن دیواری و ... پرده دور تخت جهت حفظ حریم شخصی بیمار در هنگام معاینات یا انجام پروسیجر است. در صورت در نظر گرفتن پنجره در این اتاق، از نوع ثابت و بدون بازشو باشد.
۳	برای تمام تخت ها و هر سرویس بهداشتی و حمام در بخش های بستری، سیستم احضار پرستار به صورت سالم و فعال وجود دارد.	در صورتیکه حتی یک زنگ احضار پرستار خراب بود و یا زنگ آن از روی دستگاه قطع شده بود، امتیازی تعلق نمیگیرد.

محور تسهیلات و اقامت		
ردیف	مصادیق	توضیحات
۴	کارکنان از دستورالعمل خطوط ارتباطی یک طرفه جهت اعلام نتایج بحرانی تست های تشخیصی آگاهی دارند.	
۵	مبل/ صندلی تخت خواب شو برای همراهان در اتاق بیماران به تعداد تختهای بستری موجود است.	
۶	تسهیلات رفاهی از جمله یخچال مواد غذایی و تلویزیون در هر اتاق بستری فراهم شده است.	
۷	کنسول مجهز به گازهای طبی، پریز برق و کلید احضار پرستار در بالای هر تخت نصب شده و فعال است	
۸	تخت های بستری و تشک بیماران دارای حداقل شرایط مورد انتظار است.	از نوع سه شکن(بخش ویژه)، دو یا سه شکن(بخش های عادی) به صورت مکانیکی یا برقی، دارای ساید ریل تاشو در امتداد تخت، دارای چهار ضربه گیر در چهارگوشه تخت، در نوع مکانیکی دارای جک با دسته های تا شونده
۹	امکانات شستشوی دست در بخش وجود دارد.	امکانات شستشوی بهداشتی دست در کلیه بخشهای بالینی و پاراکلینیک حداقل در هر اتاق بیماران بستری و به ازای هر ۶ تخت، امکانات ضدعفونی دستها شامل محلول با پایه الکل، دیسپنسر، راهنماهای تصویری در دسترس کارکنان به تعداد کافی
۱۰	انبارش ایمن در بخش رعایت شده است.	جداسازی مواد شیمیایی و قابل اشتعال، قفسه بندی های مستحکم، درب فلزی انبار، قفسه ها و جعبه های سنگین در طبقات پایین تر و ...
۱۱	واحد پشتیبان تجهیزات ضروری بخش مشخص شده است و کارکنان از آن آگاهی دارند.	کارکنان از روال تامین تجهیزات ضروری از بخش پشتیبان آگاهی دارند
۱۲	تجهیزات ضروری بخش با تایید واحد تجهیزات پزشکی و روسای بخش در دسترس کارکنان موجود است.	تجهیزات پزشکی ضروری به تجهیزاتی اطلاق میشود که در صورت فقدان آنها ضمن ایجاد وقفه در خدمات، این تاخیر ایمنی بیماران به مخاطره بیاندازد. تجهیزاتی مانند دی سی شوک و سایر تجهیزات با تشخیص روسا و مسئولان یخشها / واحدها

بند ۹: مصادیق مربوط به محور کنترل عفونت

محور کنترل عفونت		
ردیف	مصادیق	توضیحات
۱	پرسنل از دستورالعمل تجویز منطقی آنتی بیوتیک(استوارت شیپ) آگاهی دارند و اجرا می شود.(بررسی پرونده)	
۲	پرسنل از علائم عفونت کاتتر ادراری جهت پیشگیری از عفونت بیمارستانی آگاهی دارند.	روش اجرایی کنترل عفونت کاتتر ادراری
۳	کارکنان از نحوه گزارش عفونت بیمارستانی آگاهی دارند.	

محور کنترل عفونت		
ردیف	مصادیق	توضیحات
۴	اقدامات مراقبتی در زمان حضور ارزیاب توسط تیم درمان انجام می شود و از سکون خودداری می کنند.	
۵	چک لیست استفاده از چراغ اشعه موجود است و یا پرسنل از نحوه استفاده صحیح از نوکواسپری را آگاهی دارند.	کنترل چک لیست
۶	کمک بهیار قطعات دستگاه بخور را هر ۲۴ ساعت شسته و گندزدایی میکند.	
۷	تخت ها و سایت بیمار تمیز است و لکه خون و آلودگی ندارد.	بررسی یونیت بیمار
۸	برنامه کلینینگ در اتاق کار نصب است و طبق برنامه انجام میشود.	کنترل نظافت شیفت قبل
۹	یونیفرم پرسنل مناسب است و کفش پرسنل جلو بسته است.	استفاده از یونیفرم تمیز و رنگ مناسب (خصوصاً در اتاق های عمل) و همچنین عدم استفاده از دمپایی
۱۰	نیروی خدماتی نحوه صحیح گندزدایی خون و ترشحات را بدرستی انجام میدهد.	احتیاطات استاندارد/ بی خطر سازی به ازاء هر صد سی سی ۵ سی سی محلول گندزدای دو درصد به مدت ۱۰ دقیقه، جمع کردن خون و ترشحات با پارچه، شستشوی محل
۱۱	کمک بهیار نحوه صحیح گندزدایی مانومتر اکسیژن را بدرستی انجام میدهد.	احتیاطات استاندارد، غوطه وری در محلول دودرصد به مدت ۲۰ دقیقه، آبکشی، خشک کردن، هوادهی
۱۲	کمک بهیار نحوه صحیح گندزدایی باتل ساکشن را بدرستی انجام میدهد.	احتیاطات استاندارد، بی خطر سازی به ازاء هر صد سی سی ۵ سی سی محلول دودرصد به مدت ۲۰ دقیقه، تخلیه در محل تخلیه ساکشن، شستشو، خشک کردن
۱۳	کمک بهیار نحوه صحیح گندزدایی لارنگوسکوپ را بدرستی انجام میدهد.	احتیاطات استاندارد، برس کشی و شستشو، خشک کردن، غوطه وری در گندزدای دو درصد به مدت ۲۰ دقیقه، آبکشی، خشک کردن
۱۴	در کاردکس بیمار تاریخ تعبیه اتصالات ثبت میشود.	کاردکس بیماران کنترل شود.
۱۵	پانسمان کاتترهای مرکزی تمیز است و پانسمان کاتتر مرکزی هر ۴۸ ساعت تعویض میشود.	روی پانسمان کاتتر مرکزی تاریخ باید نوشته شده باشد.
۱۶	کیسه ادراری بالاتر از سطح زمین و پایین تر از سطح بیمار قرار دارد.	کیسه ادراری همواره آویزان باشد و در هنگام انتقال بیماران، بایستی کیسه خالی شده و کلمپ باشد
۱۷	شستشوی روزانه پرینه در بیمارانی که سونداژ هستند روزانه انجام میشود.(گزارش پرستاری)	بررسی گزارش پرستاری
۱۸	بهداشت دهان در بیمارانی که کاهش هوشیاری دارند در هر شیفت انجام میشود.(گزارش پرستاری)	بررسی گزارش پرستاری
۱۹	حمام در تخت برای بیماران انجام میشود.(گزارش پرستاری)	بررسی گزارش پرستاری
۲۰	سرپرستار و کارکنان از جرم میکروبی مقاوم بخش خود اطلاع دارند.	از واحد کنترل عفونت به بخشها اعلام میگردد.

محور کنترل عفونت		
ردیف	مصادیق	توضیحات
۲۱	کارکنان از موقعیت و مفاد تابلو احتیاطات استاندارد آگاهی دارند.	ده آیتم مندرج در تابلو احتیاطات استاندارد
۲۲	پرستاران و سرپرستار از میزان گزارش دهی درصد عفونت بیمارستانی کل بیمارستان و بخش خود اطلاع دارند.	در داشبورد مدیریتی سرپرستار موجود است
۲۳	کارکنان از اقدامات در زمان طغیان (Out Break) آگاهی دارند.	جداسازی بیماران، کشت از محیط، گندزدایی کامل اتاق و تجهیزات، کشت مجدد از محیط، پیگیری جواب کشت و اطلاع به واحد کنترل عفونت
۲۴	داروهای باز شده در یخچال دارای تاریخ و شیف میباشند و داروهای تزریقی کشیده شده در سرنگ دارای دوز، تاریخ و شیف میباشند.	در یخچال دارویی، نگهداری کشت و مایعات بدن در کنار داروها ممنوع میباشد
۲۵	دمای یخچال دارویی روزانه (هر روز صبح) رسم میشود.	فرم رسم دمای یخچال باید به روز رسم شده باشد.
۲۶	یخچال مواد غذایی از یخچال دارویی جداست.	هیچ دارویی در یخچال مواد غذایی نباید باشد
۲۷	کارکنان ناخن بلند، ناخن مصنوعی و کاور ناخن، لاک ناخن، آرایش، انگشتر و زیورآلات ندارند.	
۲۸	پرونده بهداشتی پرسنل کامل است و پرینت تیترا آنتی بادی پرسنل در بخش موجود است	پرینت باید هر سه ماه به روز رسانی شود. کلیه پرسنل باید پرونده بهداشتی و تیترا بالای ۱۵ داشته باشند
۲۹	تیغه لارنگوسکوپ در دیش قابل شستشو قرار دارد و تیغه ها از دسته جداست.	
۳۰	ستهای استریل پارچه ای ۷ روز، وی پک در بخش- ها یک ماه، گاز داخل بیکس سه روز و خارج از بیکس یک روز نگهداری میشود.	وی پک و تابوک در اتاق عملهای گوش و حلق، سوختگی، زنان و اینترونشن دوماه و در اتاقهای عمل اورژانس، قلب باز و آنژیوگرافی سه ماه قابل نگهداری میباشد.
۳۱	برچسب کد رهگیری و اندیکاتور در پرونده بیمار چسبانده میشود.	بررسی پرونده بیمار
۳۲	سیستم کد رهگیری CSR/CSSD روی ست های پانسمان بدرستی اجرا میشود.	کنترل برچسب ست های پانسمان
۳۳	کارکنان از انواع اندیکاتور ست پانسمان آگاهی دارند.	کلاس ۱ (چسب اوکی)، (کلاس ۴ کمتر از ۱۲ قطعه)، کلاس ۶ (بیش از ۱۲ قطعه)
۳۴	کارکنان انواع عفونتهای بیمارستانی را میشناسند.	عفونت خون، تنفسی، ادراری، زخم جراحی
۳۵	در صورت وجود بیمار نیازمند به ایزوله معکوس، از اصول آن آگاهی دارند و رعایت می شود.	روش اجرایی مراقبت از بیمار دچار نقص سیستم ایمنی
۳۶	کارکنان از انواع ایزولاسیون آگاهی دارند.	ایزوله مستقیم (هوابرد، قطره ای، تماسی) و ایزوله معکوس
۳۷	کارکنان از لیست بیمارهای واگیر دار نیازمند گزارش دهی آنی، فوری، معمولی آگاهی دارند.	بایستی لیست روی بورد نصب باشد

محور کنترل عفونت		
ردیف	مصادیق	توضیحات
۳۸	وسایل حفاظت فردی متناسب با اصول احتیاطات در بخش‌ها / واحدها در دسترس کارکنان بوده و راهنماهای تصویری برای استفاده صحیح از آن در بخشها/ واحدهای مرتبط مشاهده میشود.	بعنوان مثال: موقعیت استفاده از ماسک ان ۹۵ در هنگام انجام پروسیجرهای تولید کننده آئروسل به نحوه صحیح در تمامی بخشهای بالینی شناسایی و قبل از مواجهه با بیمار مشکوک/ محتمل/ مبتلا کارکنان از آن استفاده مینمایند
۳۹	پرسنل از اصول مراقبت از زخم جراحی جهت پیشگیری از عفونت بیمارستانی آگاهی دارند.	روش اجرایی پیشگیری از عفونت زخم جراحی
۴۰	کارکنان در مراقبت از بیمار تحت انتوباسیون، حمایت تنفسی با ونتیلاتور یا تراکئوستومی اصول کنترل عفونت رعایت می نمایند. (تکنیک استریل ساکشن و....)	روش اجرایی پیشگیری از عفونت‌های تنفسی
۴۱	پرسنل از علائم عفونت کاتتر عروقی و نحوه استفاده صحیح از آن جهت پیشگیری از عفونت بیمارستانی آگاهی دارند	روش اجرایی پیشگیری از عفونت کاتترهای عروقی
۴۲	کارکنان از روش اجرایی مواجهات شغلی آگاهی دارند.	شستشوی محل با آب و صابون و مواد ضدعفونی/عدم فشار دادن موضع، اطلاع به سرپرستار یا مسئول شیفت، مراجعه به پزشک عفونی، انجام اقدامات لازم
۴۳	اصول حفاظت فردی بر اساس روش انتقال بیماری رعایت می شود.	حفاظت فردی باتوجه به نوع مراقبت (قطره ای-تماسی-هوابرد) وسایل موجود بوده به درستی استفاده میشود.
۴۴	اسکراب دست جهت اقدامات تهاجمی انجام می-شود.	براساس لیست اقدامات تهاجمی در هر بخش/واحد بایستی اسکراب دست انجام شود.

بند ۱۰: مصادیق مربوط به محور مادر و نوزاد

محور مادر و نوزاد		
ردیف	مصادیق	توضیحات
۱	در اتاق تریاژ مامایی و اتاق مادران پرخطر ست پره اکلامپسی و پکیج کنترل خونریزی در دسترس است.	ست پره اکلامپسی شامل امپول هیدرالازین، سولفات منیزیم ۲۰٪ و ۵۰٪ و امپول گلوکونات کلسیم، در دسترس باشد و پکیج کنترل خونریزی شامل باکری بلون، مزوپروستول، پروستاگلندین $\alpha 2F$ ، مترژن، والو و... موجود باشد
۲	فرایند خوشایند سازی زایمان طبیعی در بیمارستان اجرا میشود.	خوشامدگویی در بدو ورود، ارائه خدمات محترمانه، ایجاد تصمیم گیری آگاهانه برای مادر، حفظ حریم خصوصی، سیستم اطلاع رسانی به همراه، هر اتاق LDR منحصر به یک مادر باشد و امکان حضور همراه و تسهیلات رفاهی لازم در این اتاق فراهم است
۳	آموزش شیردهی به مادران ارائه شده و مادر دریافت آموزش را تایید می نماید.	آموزش شیردهی برابر دستورالعمل بیمارستان‌های دوستدار کودک ارائه می شود.

محور مادر و نوزاد		
ردیف	مصادیق	توضیحات
۴	حداقل یک نفر پزشک دارای گواهی احیای پیشرفته نوزاد در تمام شیفت‌های بلوک زایمان در تمامی ساعات شبانه روز و روزهای هفته در بیمارستان حضور دارد.	وجود برنامه هفتگی پزشک دارای گواهی احیای پیشرفته نوزاد در بخش های بلوک زایمان / اتاق عمل زنان
۵	برای هریک از مادران باردار بستری در اتاق لیبر، پارتوگراف براساس راهنمای ابلاغی تکمیل و در پرونده نگهداری میشود.	
۶	۹ برگ ابلاغی وزارت بهداشت به طور کامل تکمیل می شود.	در طول لیبر، زایمان و پس از زایمان ۹ برگ ابلاغی وزارت بهداشت شامل: شرح حال مادر باردار، فرم لیبر ثبت پیشرفت زایمان، پارتوگراف، ارزیابی ترومبوآمبولی پس از زایمان، فرم گزارش زایمان، مراقبت پس از زایمان، معاینه نوزاد توسط عامل زایمان، شرح حال نوزاد بدو تولد و جدول آپگار، معاینه نوزاد توسط پزشک و تزریق سولفات منیزیم کامل شود.
۷	مچ بند مشخصات بلافاصله پس از زایمان به مچ دست نوزاد و پای مخالف بسته می شود.	شناسایی صحیح نوزاد در هنگام تولد، نشان دادن نوزاد و اعلام جنسیت به مادر در اولین فرصت پس از تولد، نصب مچ بند نوزاد بلافاصله پس از تولد، انتقال همزمان مادر و نوزاد به بخش، پس از زایمان، شناسایی نوزاد در هنگام انجام هر گونه اقدام مراقبتی.
۸	پزشک/ ماما آموزشهای لازم را در خصوص مراقبتهای مادر پس از زایمان، ارائه مینماید.	آموزش زمان خروج از تخت، علایم خطر، بهداشت فردی، میزان فعالیت و تغذیه، نحوه مراقبت از محل اپیزیوتومی به مادران پس از زایمان و آموزشهای مراقبت از نوزاد ثبت آموزشهای ارائه شده در پرونده بیماران صورت می پذیرد.
۹	آموزش خودمراقبتی دوران بارداری توسط ماما به مادر باردار ارائه می شود.	در زمینه نحوه زایمان، روش های کاهش درد زایمان، مراقبتهای نوزاد به مادران باردار قبل از زایمان، اهمیت برقراری تماس پوستی مادر و نوزاد بلافاصله پس از تولد و شروع تغذیه با شیر مادر در ساعت اول تولد به مادر باردار و همراهان وی
۱۰	مدیریت درد مادران باردار براساس راهنمای کشوری خدمات مامائی و زایمان انجام میشود.	آگاهی کارکنان بلوک زایمان به مزایا و معایب روش های بی دردی/ کاهش درد، بکارگیری حداقل یکی از روش های بی دردی/کاهش درد براساس تمایل مادر، ارائه توضیحات درباره مزایا و معایب روش های دارویی بی دردی و غیر دارویی، کم دردی توسط ماما و پزشک
۱۱	پایش مادر به صورت منظم و دقیق طبق دستورالعمل انجام میشود.	کنترل علائم حیاتی، خونریزی، انقباض رحم و سایر موارد براساس "راهنمای کشوری ارائه خدمات مامائی و زایمان"
۱۲	کارکنان از خط مشی "مدیریت مادران پرخطر" آگاهی دارند.	
۱۳	از ابتدای بارداری تا ۴۲ روز پس از زایمان اولین ارزیابی مادر باردار توسط متخصص زنان/ماما انجام می شود.	

بند ۱۱: مصادیق مربوط به محور مدیریت اطلاعات سلامت

محور مدیریت اطلاعات سلامت		
ردیف	مصادیق	توضیحات
۱	مستندات ثبت شده فراگیران توسط پزشک معالج مورد بازبینی قرار گرفته و تایید شده است.	
۲	گزارش عمل جراحی بلافاصله بعد از عمل ثبت می شود.	
۳	پیگیری جهت ثبت کد ملی بیماران و اطلاعات آن‌ها در صورت اورژانسی بودن حداکثر تا زمان ترخیص در سامانه اطلاعات بیمارستان و فیزیک پرونده انجام می شود.	کارشناس HIM جهت ثبت کد ملی و کامل بودن اطلاعات هویتی بیماران اورژانسی پیگیری کرده تا در سامانه و فیزیک پرونده اصلاح گردد.
۴	ثبت اطلاعات مربوط به خودکشی، علل فوت و تشخیص اصلی، اولیه اقدامات در برنامه کدگذاری انجام می گیرد.	
۵	پرسنل از فرآیند دسترسی به اطلاعات بیماران (درون سازمانی و برون سازمانی) آگاهی داشته و براساس آن عمل می کنند.	اجرای دستورالعمل دسترسی درون سازمانی و برون سازمانی در بخش
۶	اطلاعات هویتی و دموگرافیک بیمار در فرم پذیرش و خلاصه ترخیص و مشخصات بیمار در سربرگ سایر فرم‌های پرونده پزشکی بطور کامل تکمیل شده است.	تکمیل اطلاعات هویتی در سربرگ کلیه اوراق پرونده
۷	کدگذاری تشخیص نهایی حداکثر تا ۴۸ ساعت بعد از ترخیص بیمار انجام می شود.	کدگذاری تا ۴۸ ساعت بعد از ترخیص
۸	کدگذاری کلیه تشخیص ها و اقدامات انجام شده است.	انجام کدگذاری کلیه اقدامات و تشخیص‌ها با استفاده از ورژن ۱۰ ICD-۲۰۱۶ کتاب
۹	کنترل و صیانت از پرونده های بالینی در نقل و انتقال بین بخش ها انجام می شود.	امکان ردیابی و تعیین محل دقیق پرونده از طریق سامانه اطلاعات بیمارستانی
۱۰	اقدام اصلاحی موثر توسط پزشک/کارشناس به منظور رفع نقص پرونده انجام شده است.	چک لیست ممیزی بعد از رفع نقص توسط کارشناس HIM تایید نهایی شده است.
۱۱	پرونده‌های پزشکی حین فرآیند ترخیص و در بخش‌های بالینی از نظر کمی بازبینی و بازخورد لازم به افراد مربوطه داده شده است.	کنترل اولیه و بازبینی تمامی پرونده‌های پزشکی قبل از ترخیص بیمار براساس چک لیست ممیزی توسط کارشناس HIM و ارائه بازخورد در خصوص موارد نقص به پزشک، پرستار یا سایر افراد سهیم در مستندسازی پرونده بیمار داده شده است.
۱۲	ثبت اطلاعات پرونده بیماران با استفاده از فرم- های ابلاغی دارای شناسه کشوری صورت می پذیرد.	استفاده از فرم‌های ابلاغی اصلی و تریاژ، بلوک زایمان و نوزادان، ارزیابی اولیه پرستار، مراقبت های ویژه، تغذیه و رژیم درمانی بیماران و خدمات مددکاری
۱۳	دستورالعمل‌های مرتبط با استفاده از نمادها و اختصارات در مستندسازی پرونده رعایت شده است.	استفاده از حروف اختصاری مجاز و تایید شده در بخش

محور مدیریت اطلاعات سلامت		
ردیف	مصادیق	توضیحات
۱۴	دستورالعمل های مربوط به ویرایش اطلاعات شامل تصحیح اطلاعات، اضافه کردن اطلاعات وثبت های تاخیری به درستی رعایت شده است.	روش تصحیح اطلاعات: ۱- خط کشیدن دورمورد اشتباه، ۲- اطلاعات صحیح در قسمت بالای اطلاعات قبلی نوشته شود، ۳- تاریخ وساعت تصحیح به همراه نام وامضای فرد تصحیح کننده ثبت شود. اضافه کردن اطلاعات: از طریق ضmannم اطلاعاتی اضافه می شود. نوع دیگری از ثبت های تاخیری است که باید ۱- تاریخ وزمان جاری مستند گردد، ۲- واژه ضمیمه یا اضافه شده ثبت و علت اضافه شدن اطلاعات با اشاره به موردی که این اطلاعات به آن اضافه می گردد بیان شود، ۳- در اسرع وقت ثبت گردد. ثبت های تاخیری: ۱- ثبت های جدید تحت عنوان ثبت تاخیری مشخص گردد، ۲- تاریخ وزمان جاری ثبت گردد، ۳- رویداد و تاریخی که ثبت تاخیری درمورد آن نوشته می شود مشخص شده یا به آن ارجاع گردد، ۴- در اسرع وقت موردی که ثبت آن به تاخیر افتاده ثبت شود.
۱۵	سیر بیماری به صورت روزانه تکمیل شده است.	یادداشت های سیربیماری به صورت روزانه و مستمر ثبت شده و بیانگر سیر پیشرفت وضعیت سلامتی بیمار می باشدو از لحاظ بالینی تاییدکننده لزوم مداخلات پزشکی یا توجیه تصمیمات اخذشده درمورد مراقبت بیمار می باشد.
۱۶	کلیه قسمت های فرم شرح حال بیمار تکمیل شده است.	شامل اظهارات بیمار، بررسی ها و معاینات بدنی توسط پزشک، نتیجه ارزیابی پزشک(تشخیص قطعی ،تشخیص احتمالی یا تشخیص افتراقی)
۱۷	تشخیص های ثبت شده در فرم پذیرش و خلاصه ترخیص با موارد ثبت شده در خلاصه پرونده، شرح حال، گزارش عمل جراحی و گزارش پاتولوژی همخوانی دارد.	
۱۸	کارشناسان HIM از "انتقال الکترونیکی پرونده های ترخیص شده" به مدارک پزشکی و حسابداری درآمد آگاهی داشته و بر اساس آن عمل میکنند.	
۱۹	کارکنان از فرآیند رفع نقص (کمی و کیفی) مستندات و اوراق پرونده آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می نمایند.	پرونده های پزشکی حین بستری بررسی شده و در صورت لزوم برای رفع نواقص اقدام اصلاحی اثربخش به عمل می آید. کارکنان شامل کارشناس HIM ، پرستار و پزشک می باشد.
۲۰	پرسنل از فرآیند ثبت اقدامات ارجاعی به مراکز دیگر (طبی ، پاراکلینیک) آگاهی دارند.	
۲۱	پرسنل از فرآیند ثبت علائم حیاتی در پرونده الکترونیکی آگاهی دارند.	
۲۲	پرسنل از فرایند تعریف و یا تغییر پزشک معالج در HIS آگاهی دارند و بر اساس آن عمل می کنند.	انتخاب دقیق پزشک معالج بیمار در زمان اختصاص تخت. پزشک انتخاب شده توسط کارکنان برای ثبت اقدامات، با پزشک معالج بیمار مطابقت دارد. ویرایش نام پزشک معالج در پوشه زرد پرونده در HIS

محور مدیریت اطلاعات سلامت		
ردیف	مصادیق	توضیحات
		انجام می شود.
۲۳	کارکنان از فرآیند ثبت خطاهای HIS و پیگیری رفع خطا آگاهی دارند.	ثبت درخواست خدمات IT و ارسال لینک عکس یا فایل های خطا
۲۴	از آیتم های موجود در HIS در تکمیل خلاصه پرونده به صورت صحیح استفاده شده است.	آگاهی رزیدنت ها و کارشناس HIM از امکان استفاده از انتخاب آزمایشات، رادیولوژی و اقدامات مهم در خلاصه پرونده به جای انتخاب همه موارد
۲۵	ارزیابی شونده (پرستار، پزشک، کارشناس HIM و ..) از فرآیند معرفی پزشکان جدید ورود بخش جهت تکمیل اطلاعات در HIS آگاهی دارد.	در صورتی که نام پزشک در HIS نباشد: اعلام به پزشک مورد نظر که خدمت انجام شده قابل ثبت و پرداخت نخواهد بود و مراجعه پزشک جهت هماهنگی با معاونت آموزشی برای پیگیری فرآیند تکمیل اطلاعات و قرارداد
۲۶	کاربران از آیتم های مربوط به فرآیند انتقال بین بخشی بیماران در HIS آگاهی دارند.	دلایل انتقال شامل : گزینه "دستور پزشک" هنگام انتقال فیزیکی بیمار گزینه، " انتقال اشتباه از بخش مبدا" در هنگام برگشت نام بیمار که انتقال اشتباه داشته است، گزینه " اصلاح یا تکمیل پرونده " بدون جابجایی فیزیک بیمار می باشد.
۲۷	نام کاربری نمایش داده شده در سیستم با نام فرد حاضر در بخش مطابقت دارد.	حضور فیزیکی کاربر سیستم در هنگام حضور ارزیاب مشاهده شود.
۲۸	آمار روزانه نمایش داده شده در برنامه آمار HIS با بیماران حاضر در بخش مطابقت دارد.	اطلاعات روکش آماری HIS بخش توسط کارشناس HIM به ارزیاب نشان داده شده و با تابلوی بخش تطابق دارد.

بند ۱۲: مصادیق مربوط به محور مدیریت خطا

محور مدیریت خطا		
ردیف	شاخص	توضیحات
۱	کارکنان از سطوح طبقه بندی شدت آسیب در خطاهای پزشکی آگاهی دارند.	Event Sentinel: وقایع فاجعه آمیز (رویداد غیر منتظره همراه با مرگ و یا آسیب جدی جسمی یا روانی) Adverse Event : وقایع ناگوار (منجر به طولانی شدن مدت بستری مثل شکستگی اندام به دنبال سقوط) No Harm Event : بدون آسیب Near Miss Event : نزدیک به خطا (توانایی بروز اتفاق بوده اما به علت شانس متوقف شده است)
۲	کارکنان از رویکرد بیمارستان در خصوص گزارش دهی خطاهای پزشکی آگاهی دارند.	رویکرد بیمارستان عاری از سرزنش بوده و در صورت گزارش سریع و خود اظهاری هنگام بروز خطاهای پزشکی و ۲۸ گانه بیمارستان حمایت قانونی و حقوقی خود را از فرد خطاکار بعمل می آورد

محور مدیریت خطا		
ردیف	شاخص	توضیحات
۳	کارکنان از وجود درس آموخته‌های خطا و کتابچه به اشتراک گذاری خطا روی سرور آگاهی داشته و قادر به نشان دادن فایل های مربوطه رو سرور می باشند.	کتابچه و فایل های مربوطه در سرور پوشه ایمنی موجود می باشد.
۴	کارکنان از وقایع گزارش شده اخیر بخش خود (آخرین RCA موجود در داشبورد)، مهمترین علل ریشه ای آن و اقدامات اصلاحی مرتبط آگاهی دارند.	آخرین RCA انجام شده مربوط به هر بخش در داشبورد مدیریتی سرپرستار بخش موجود می باشد.
۵	پرستاران/کمک بهیاران از وقایع تهدیدکننده حیات بیمار (۲۸ مورد) به طور کامل اطلاع دارند	حداقل ۱۰ مورد از وقایع با تسلط بیان می شود (ترتیب موارد و دانستن کد هر واقعه الزامی نیست)، به عنوان مثال : سقوط بیمار منجر به آسیب پایدار یا مرگ، واکنش ناشی از انتقال خون ناسازگار، آسیب حین تولد نوزاد، سوختگی با کوتر در اتاق عمل، انجام عمل جراحی بر روی عضو یا بیمار اشتباه و
۶	کارکنان از شایع ترین خطاهای گزارش شده بیمارستان، در زمینه وقایع تهدید کننده حیات و نتایج اقدامات آن آگاهی دارند.	در حال حاضر شایع ترین وقایع تهدیدکننده حیات گزارش شده در بیمارستان، به ترتیب شامل سقوط بیمار، مفقود شدن بیمار حین بستری، موارد مرگ و میر نوزاد و مادر به دنبال زایمان و جا ماندن هر گونه DEVICE در بدن بیمار می باشد. اقدامات انجام شده در این زمینه به ترتیب شامل تجهیز برانکاردهای بیمارستان به کمربند ایمنی، آموزش پرسنل حفاظت فیزیکی ، ابلاغ نامه فرایند برخورد با مادران پرخطر، عدم ویزیت مادر پرخطر توسط رزیدنت سال ۱ و تاکید و آموزش کارکنان در خصوص چک سه مرحله ای ابزار و گاز جراحی و می باشد.
۷	کارکنان از دستورالعمل "نحوه گزارش وقایع ناخواسته " آگاهی دارند.	این شاخص شامل وقایع تهدید کننده حیات ۲۸ گانه و نیز سایر خطاهای پزشکی می باشد. کارکنان با فرآیند گزارش دهی، تکمیل فرم مربوطه و نحوه ارسال فرم آشنایی دارند . در مورد خطاهای ۲۸ گانه در صورت وقوع بلافاصله در شیفت صبح به کارشناس وقایع تهدید کننده حیات(اداره بهبود کیفیت) و در شیفت عصر و شب سوپروایزر کشیک اطلاع داده و فرم مربوطه را تکمیل نمایند و کمتر از ۶ ساعت ثبت سامانه وزارت خانه شود و آگاهی کارکنان از نگرش مثبت و عملکرد مطلوب نسبت به گزارش وقایع ناخواسته
۸	کارکنان از خط مشی "مدیریت پیشگیرانه خطر برای اجتناب از رخداد وقایع ناخواسته ناشی از ارائه خدمات/ مراقبت سلامت" آگاهی دارند.	آگاهی کارکنان از روش های تحلیل خطا شامل آینده نگر Analysis Effects & FMEA(Failure Mode RCA (Root Cause Analysis و گذشته نگر

محور مدیریت خطا		
ردیف	شاخص	توضیحات
۹	لیست "وقایع ناخواسته تهدید کننده حیات بیمار در درمان" در دسترس کارکنان می باشد.	همکاران از محل قرار گیری پوستر موارد ۲۸ گانه روی برد اعتبار بخشی اطلاع دارند.

بند ۱۳: مصادیق مربوط به محور مدیریت دارویی

محور مدیریت دارویی		
ردیف	مصادیق	توضیحات
۱	پتاسیم کلراید به صورت دابل چک توسط دو پرستار، با رعایت ۷ اصل دارودهی و بر بالین بیمار آماده و اجرا می شود.	داروی پتاسیم کلراید به هیچ وجه در سرنگ فاقد برچسب موجود نمی باشد.
۲	داروهای "Multiple dose" در شرایط استاندارد مشخص شده نگهداری و استفاده می شوند.	نحوه آماده سازی، مدت زمان مطلوب نگهداری، روشهای جلوگیری از آلودگی و نحوه امحای آنها بر اساس الزامات کارخانه سازنده رعایت شده است. لیست مدت زمان نگهداری این داروها موجود می باشد.
۳	یخچال دارویی مجزا وجود دارد و دمای آن کنترل و ثبت می شود.	در صورت نگهداری دارو با موادغذایی و یا نمونه آزمایشات در یک یخچال امتیاز تعلق نمیگیرد.
۴	محل نگهداری ویال پتاسیم کلراید مجزا از سایر داروها بوده و با برچسب قرمز رنگ جدا شده است.	
۵	داروهای پرخطر در تمامی مراحل توسط دو نفر پرستار چک شده است.	داروهای نیازمند دابل چک شامل ۱۲ داروی پرخطر و نیز داروهای سایتوتوکسیک، مخدرا و ویال های هایپرتونیک می باشند. در صورتیکه در شیفتر ارزیابی، دارویی دابل چک شده بود، از پرستار دابل چک کننده در مورد آن سوال شود تا در رابطه با چک مجدد داروی پرخطر اطمینان حاصل شود.
۶	داروهای "پرخطر" لیبل نام دارویی قرمز رنگ داشته و روی هر ویال یا آمپول برچسب قرمز رنگ دارد.	در ترالی احیا، آمیودارون، دوپامین، دوبوتامین، لابتالول، میدازولام، دکستروز ۲۰ و ۵۰ درصد با وجود اینکه لیبل نام آنها در ترالی قرمز رنگ است (داروی هشدار بالا)، نیازی به داشتن برچسب رنگی (قرمز یا زرد) روی هر آمپول وجود ندارد. برچسب قرمز روی آمپول/ویال فقط برای ۱۲ داروی پرخطر الزامی می باشد.
۷	داروهای با "شکل، نام و تلفظ مشابه" با برچسب زرد رنگ جدا شده و دارای لیبل زرد رنگ است.	

محور مدیریت دارویی		
ردیف	مصادیق	توضیحات
۸	دارودهی به بیماران با رعایت ۷ اصل دارودهی انجام می شود.	بیمار صحیح، داروی صحیح، راه مصرف صحیح، زمان صحیح، دوز مصرف صحیح (وضوح نوشتن دوز بررسی گردد mg-ge)، مستندسازی صحیح حق بیمار، مراقبین بیمار و کارکنان در ارتباط با سوال در مورد دستور دارویی داده شده

بند ۱۴: مصادیق مربوط به محور مراقبت از بیمار مشکوک / مبتلا به کرونا

محور مراقبت از بیمار مشکوک / مبتلا به کرونا		
ردیف	مصادیق	توضیحات
۱	آیا تیم درمان (سرپرستار، پرستار، کمک بهیار) شما را با افعال دوم شخص جمع مخاطب قرار می دهد.	بررسی این آیتم صرفا بصورت مشاهده قابل ارزیابی میباشد. به عنوان مثال از پرستار یا کمک بهیار بخواهید آموزشی به بیمار بدهد و یا در حین انجام مراقبت، نحوه مخاطب قرار دادن بیمار را مورد ارزیابی قرار دهید. (این آیتم صرفا بصورت مشاهده ارزیابی شود و از بیمار یا مراقبت کننده سوال نشود)
۲	کلیه کارکنان ممنوعیت استفاده از گوشی موبایل را رعایت می کنند.	به جز موارد استثنا (سوپروایزر، سرپرستار، مسئول شیفت، پزشک، رزیدنت و اینترن به منظور هماهنگی امور درمان بیماران) در صورت عدم رعایت مورد فوق حتما در قسمت کنترل انضباطی برای فرد خاطی تذکر ثبت گردد. در صورت مشاهده حتی یک مورد عدم رعایت نمره بخش (خیر) ثبت گردد.
۳	تلفیق دارویی حداقل یک نوبت در طی بستری بیمار توسط پزشک معالج انجام شده است.	
۴	کارکنان با صدای زنگ احضار پرستار بر بالین بیمار حاضر می شود.	از بیمار در رابطه با حضور پرستار / کمک بهیار بر بالین بیمار بعد از استفاده از زنگ احضار پرستار سوال شود.
۵	پرستار خود را به بیمار معرفی می نماید.	در صورت عدم مشاهده مورد حین ارزیابی، از بیمار سوال شود که پرستار خود را می شناسد یا خیر.
۶	پزشک خود را به بیمار معرفی می نماید	در صورت عدم مشاهده مورد حین ارزیابی، از بیمار سوال شود که پزشک خود را می شناسد یا خیر
۷	بهداشت دست در فواصل تماس بین بیماران مختلف رعایت می شود.	قبل از تماس با هر بیمار دستکش تعویض و بهداشت دست ها با هندراب و یا آب و صابون رعایت می شود.
۸	بیمار از نحوه خروج ایمن از تخت به منظور پیشگیری از سقوط آگاهی دارد.	
۹	تیم احیا در هر شیفت مشخص بوده و کارکنان از نقش خود در تیم احیا آگاهی دارند.	در ابتدای شیفت تیم احیا توسط مسئول شیفت مشخص شده و در دفتر تقسیم کار ثبت شده است و کارکنان از نقش خود در تیم احیا اطلاع دارند

محور مراقبت از بیمار مشکوک/مبتلا به کرونا		
ردیف	مصادیق	توضیحات
۱۰	بیمار از توجه، حوصله و ارائه توضیحات قابل فهم توسط کار درمان رضایت دارد.	
۱۱	کارکنان مهار فیزیکی را بر اساس اصول استاندارد انجام می دهند.	بررسی وضعیت بیمار، اطلاع به پزشک، ثبت دستور مهار فیزیکی در پرونده، اجرای مهار بر اساس استاندارد توسط کمک بهیار با نظارت پرستار، بررسی مکرر بیمار از نظر احتمال آسیب و ثبت در پرونده، رفع مهار بر اساس دستور پزشک و در حضور پرستار مهار به نحوی انجام شده که آسیب پوستی برای بیمار ایجاد نکرده است.
۱۲	کارکنان قبل از انجام هرگونه اقدام تشخیصی- درمانی بیمار را از طریق دستبند شناسایی و انجام شناسایی فعال احراز هویت می نمایند.	
۱۳	سیر بیماری به صورت حداقل روزانه در پرونده بیماران بصورت کامل ثبت شده است.	تاریخ و ساعت و ذکر نکات قابل توجه، برنامه ریزی درمانی و گزارش وضعیت بیمار در سیر بیماری ثبت شده باشد.
۱۴	مشاوره های بیمار در بازه زمانی استاندارد انجام شده است.	مشاوره اورژانسی (emergent) ظرف ۳۰ دقیقه، مشاوره ضروری (Urgent) ظرف ۳ ساعت و مشاوره های غیر اورژانسی طی ۲۴ ساعت انجام شده است.
۱۵	ثبت نام و نام خانوادگی و سمت کلیه کارکنان پشت و روی لباس به فارسی و به صورت خوانا انجام شده است.	ثبت نام و نام خانوادگی و سمت کلیه کارکنان پشت و روی لباس به فارسی و به صورت خوانا انجام شده است.
۱۶	پرستار از گروه هایی که در معرض ابتلا به نوع شدید بیماری کووید ۱۹ قرار دارند اطلاع دارد.	بیماری شدید قلبی- عروقی، بدخیمی ها، نارسایی مزمن کلیه، copd، چاقی، آنمی سایکل سل، پیوند اعضا، دیابت نوع ۲، نقص سیستم ایمنی، آسم، بارداری، فشار خون
۱۷	اقدامات استاندارد هنگام لوله گذاری برای بیمار کووید ۱۹ طبق آخرین دستورالعمل ابلاغی انجام می شود.	استفاده از وسایل حفاظت شخصی، رعایت بهداشت دست، حداقل افراد مورد نیاز در محل حضور داشته باشند، استریل تجهیزات مورد استفاده بعد از انجام انتوباسیون طبق دستورالعمل
۱۸	پرستاران از آخرین ویرایش دستورالعمل خدمات بستری بیماری کووید اطلاع دارند.	پرستاران بخش باید از محل وجود دستورالعمل در سرور آگاهی داشته که بتوانند در مواقع لزوم به آن مراجعه کنند. اطلاع از محل دستورالعمل در سرور ملاک نمره دهی می باشد
۱۹	اندیکاسیون های ترخیص از بخش ویژه برای بیمار مبتلا به کووید ۱۹ رعایت شده است.	عدم نیاز به تهویه مکانیکی، همودینامیک پایدار بدون نیاز به اینوتروپ، spo ₂ > ۹۰٪ با ماسک ساده یا نازل کانولا، تحمل رژیم غذایی، سطح هوشیاری کامل
۲۰	اندیکاسیون های ترخیص از بیمارستان برای بیمار مبتلا به کووید ۱۹ رعایت شده است.	حداقل به مدت یک یا دو روز تب بدون استفاده از تب بر قطع شده باشد، قطع سرفه پایدار، تنگی نفس نداشته باشد، تثبیت spo ₂ > ۹۰٪ در هوای اتاق، پایدار بودن علائم حیاتی

محور مراقبت از بیمار مشکوک/مبتلا به کرونا		
ردیف	مصادیق	توضیحات
۲۱	پایش ابزار اکسیژن درمانی بیمار بر اساس سطح اکسیژن وی بطور مستمر انجام می-گردد.	در صورت تداوم هایپوکسی و افت سچوریشن و یا افزایش سچوریشن تعدیل ابزار مورد استفاده جهت اکسیژن درمانی بیمار در پرونده و بالین و مصاحبه با پرستار بیمار بررسی گردد.
۲۲	حضور همراهی بر بالین بیمار کووید بر طبق آخرین فرایند ابلاغی صورت می پذیرد.	همراه بیمار باید بدون بیماری زمینه ایی باشد، سن همراه کمتر از ۱۸ و بیشتر از ۶۰ سال نباشد، همراه بیمار همگن می باشد، هر بیمار صرفا یک نفر همراه داشته باشد، رعایت پروتکل بهداشتی شامل ماسک ۹۵N و گان ضد آب خریداری شده توسط خود همراه، استفاده از تلفن همراه در بخش ممنوع می باشد.

بند ۱۵: مصادیق مربوط به محور مراقبت های اورژانس

محور مراقبت های اورژانس		
ردیف	مصادیق	توضیحات
۱	اقلال مصرفی و دارویی استفاده شده ترالی احیا بعد از هر بار استفاده بلافاصله جایگزین می شود	در صورت موجود نبودن دارو یا کسری در ترالی احیا به دلیل عدم موجودی داروخانه، حتما مورد در چک لیست قید و مهر و امضای سرپرستار/ مسئول شیفت داشته باشد.
۲	مشاوره اورژانس حداکثر ظرف مدت ۳ ساعت از زمان درخواست، انجام می گیرد.	ثبت دستورمشاوره، مشخص کردن اورژانس بودن مشاوره، ارسال مشاوره و ثبت مشخصات، ساعت تحویل و فرد تحویل گیرنده، هماهنگی با سوپروایزر جهت مشاوره های خارج از بیمارستان، انجام مشاوره در موقعیت های تهدید کننده حیات حداکثر تا نیم ساعت و اورژانسی حداکثر تا ۳ ساعت
۳	مشاوره اورژانس در موقعیت های تهدید کننده حیات حداکثر تا نیم ساعت انجام می گیرد.	ثبت دستورمشاوره، مشخص کردن اورژانس بودن مشاوره، ارسال مشاوره و ثبت مشخصات، ساعت تحویل و فرد تحویل گیرنده، هماهنگی با سوپروایزر جهت مشاوره های خارج از بیمارستان، انجام مشاوره در موقعیت های تهدید کننده حیات حداکثر تا نیم ساعت و اورژانسی حداکثر تا ۳ ساعت
۴	برای انتقال بیماران بدحال و کم توان به داخل اورژانس بیماربر با برانکارد در محل ورودی اورژانس حضور دارد.	
۵	تریاز بیماران بر اساس روش اجرایی تدوین شده انجام می شود.	تریاز بیماران بر اساس ۵ سطح (از نیاز فوری به اقدامات حیات بخش تا عدم نیاز به تسهیلات) و یا سیستم AVPU انجام شده و اقدامات بر اساس سطح بیمار انجام شود.
۶	همراهی بیمار در انجام امور مراقبتی مرتبط با بالین، دخالتی ندارد.	همراهی در انجام اموری مانند تخلیه کیسه سوند، گاواز، نقل و انتقال بیمار و ... دخالتی ندارد.

محور مراقبت های اورژانس		
ردیف	مصادیق	توضیحات
۷	تعیین تکلیف بیماران برای ترخیص، ارجاع یا بستری در سایر بخش ها، حداکثر ظرف شش ساعت انجام می شود.	تعیین تکلیف بیماران به نحوی است که کمتر از ۶ ساعت از ورود بیماران به اورژانس یا در فهرست پذیرش از بخشهای بستری قرار گیرند یا در برنامه ارجاع به سایر مراکز باشد.
۸	پرستاران واجد شرایط در واحد تریاژ اورژانس و در تمام ساعات شبانه روز، حضور فعال دارند.	تنظیم برنامه جهت حضور فرد واجد شرایط به عنوان پرستار تریاژ به صورت شبانه روزی فرد واجد شرایط برای تریاژ اورژانس: پنج سال سابقه کار بالینی و حداقل یک سال از آن در بخش اورژانس گذراندن دوره های آموزش تخصصی تریاژ
۹	ترالی احیا از نظر آماده، کامل و به روز بودن داروها و امکانات، ابتدای هر شیفت توسط پرستار مسئول چک می شود.	نصب آخرین ویرایش دستورالعمل استاندارد دارویی در یکی از طرفین ترالی احیا الزامی است، در صورتیکه ترالی کامل است ولی چک نشده است امتیاز تعلق نمیگیرد. در صورتیکه ترالی پلمپ بوده و در چک لیست اصطلاح "پلمپ" ذکر شده باشد و یا به دلیل نداشتن بیمار، ترالی چک نشده و عبارت "عدم وجود بیمار و ..." نوشته شده است امتیازی تعلق نمیگیرد.
۱۰	دسترسی به ترالی احیا در کمتر از یک دقیقه امکان پذیر می باشد و ترالی قفل یا پلمپ نشده است.	تعیین تعداد و محل قرارگیری ترالی احیا به گونه ای که دسترسی و استفاده از آن در زمان کمتر از یک دقیقه امکان پذیر باشد، هر گونه قفل یا پلمپ کردن ترالی که احتمال تاخیر در شروع درمان و احیای زود هنگام را افزایش دهد ممنوع می باشد.
۱۱	کارکنان از نقش خود در تیم احیا در هر شیفت آگاهی دارند.	
۱۲	در صورت اعلام کد احیاء، بلافاصله پزشک تیم حاضر می شود.	
۱۳	لیست گروه احیاء به صورت ماهیانه و برای همه شیفت ها وجود داشته و مهر و امضای رئیس بخش و سرپرستار را دارد.	تنظیم برنامه و فهرست اعضای گروه احیاء در همه شیفت ها، ابلاغ ماهیانه و نصب برنامه در تابلوی اعلانات، شروع اولین اقدام حیاتی در زمان کمتر از یک دقیقه از زمان اعلام کد احیا، آگاهی کارکنان از نقش خود در تیم احیا در هر شیفت.

بند ۱۶: مصادیق مربوط به محور مراقبت های بیهوشی و جراحی

محور مراقبت های بیهوشی و جراحی		
ردیف	مصادیق	توضیحات
۱	گزارش تحویل بیمار از ریکاوری به پرستار بخش با ذکر نام تحویل دهنده، شرایط و زمان انتقال بیمار در برگه مخصوص ریکاوری ثبت شده است (مخصوص بخش ها).	
۲	نقل و انتقال بیمار از بخش به اتاق عمل و بالعکس با ذکر نام تحویل گیرنده و شرایط انتقال بیمار در گزارش پرستار پرونده فلزی بیمار ثبت شده است (مخصوص بخش ها).	
۳	برگه رضایت آگاهانه در بیماران الکتیو از الزامات پره آپ قبل از انتقال به اتاق عمل و توسط پزشک معالج تکمیل شده است (مخصوص بخش ها).	(بیمار/قیم بیمار توضیحات، اثر انگشت و امضا موجود در برگه رضایت آگاهانه را تایید می کند).
۴	اقدامات پره آپ در بیماران با عمل جراحی الکتیو انجام شده است (مخصوص بخش ها).	(انجام مشورت بیهوشی / برگه ارزیابی قبل از عمل جهت تعیین کلاس A.S.A بیهوشی و اندیکاسیون یا کنترااندیکاسیون های لازم).
۵	زمان ناشتایی بیمار بر اساس زمان ورود به اتاق عمل تنظیم شده است. (زمان ناشتایی تا ورود به اتاق عمل بیشتر از ۱۲ ساعت نگذشته باشد) (مخصوص بخش ها).	
۶	پرسنل/مسئول شیفت از نحوه الویت بندی بیمار جهت لیست عمل آگاهی دارند. (مخصوص بخش ها)	(توانایی شناسایی بیمار پرخطر، اورژانسی، عفونی)
۷	الویت بندی بیمار بر اساس (پرخطر، اورژانسی، عفونی) در لیست اعمال جراحی/در HIS ثبت شده است. (با ذکر علت پر خطر بودن یا اورژانسی بودن یا نوع عفونت) (مخصوص بخش ها).	
۸	لیست اعمال جراحی تا ساعت ۱۸ روز قبل تکمیل شده و در سیستم HIS بخش موجود است (مخصوص بخش ها)	(ثبت سیستم HIS شده است)
۹	دفتر تحویل و تحول نمونه پاتولوژی با دقت تکمیل شده است.	نوع نمونه، فرد تحویل دهنده، فرد تحویل گیرنده، نام و نام خانوادگی بیمار، تاریخ وساعت تحویل نمونه به آزمایشگاه

محور مراقبت های بیهوشی و جراحی		
ردیف	مصادیق	توضیحات
۱۰	برچسب گذاری نمونه های پاتولوژی در اتاق عمل و با حداقل های استاندارد انجام می-شود.	نام و نام خانوادگی، شماره پرونده، نوع نمونه، محل جراحی شده، تاریخ ارسال نمونه
۱۱	در صورت حضور مداوم رزیدنت بیهوشی سال ۳ و ۴ پزشک متخصص بیهوشی بطور همزمان تنها مسئولیت ۳ بیمار را برعهده دارد.	
۱۲	پزشک بیهوشی بطور همزمان تنها مسئولیت دو بیمار را برعهده دارد.	
۱۳	شرح بیهوشی توسط پزشک بیهوشی قبل از انتقال بیمار به بخش تکمیل می گردد.	
۱۴	برگه شرح عمل در اتاق عمل توسط جراح تکمیل و ممهور میگردد.	(ثبت شرح عمل قبل از انتقال بیمار به بخش)
۱۵	اقدامات قبل از انتقال بیمار به خارج از اتاق عمل مطابق با چک لیست جراحی ایمن انجام میگردد.	تایید نام جراح، شمارش ابزارها، گازها و سوزن ها، صحت برچسب گذاری نمونه پاتولوژی همراه با خواندن نام بیمار اعلام میشود.
۱۶	اقدامات قبل از بیهوشی و قبل از اقدام به برش پوستی طبق چک لیست جراحی ایمن انجام می گیرد.	معرفی اعضای تیم جراحی و نقش خود در عمل، هویت بیمار، نام عمل و محل آن، پروفیلاکسی در صورت لزوم، زمان تقریبی عمل، میزان از دست دادن خون، تایید استریلیزاسیون و در معرض دید بودن گرافی ها
۱۷	اقدامات قبل از القای بیهوشی در حضور تیم جراحی بر اساس چک لیست جراحی ایمن بطور کامل انجام می شود.	صحت هویت بیمار بصورت فعال، صحت علامتگذاری محل عمل جراحی، صحت عملکرد ماشین بیهوشی، آماده بودن داروها، اتصال دستگاه پالس اکسیمتری و صحت عملکرد آن، حساسیت غذایی و دارویی بیمار، وضعیت راه هوایی، راه هوایی مشکل دار، ریسک خونریزی بیش از ۵۰۰ CC و اطفال هفت ml/kg
۱۸	تیم جراحی (جراح، بیهوشی، سیرکولر و اسکراب) در انجام چک لیست جراحی ایمن همکاری دارند.	همکاری در قرائت و اجرای چک لیست جراحی ایمن که در صورت عدم همکاری هریک از افراد نمره نعلق نمی گیرد.
۱۹	در هر عمل فرد مسئول چک لیست جراحی ایمن مشخص است و در طول کل عمل جراحی در اتاق حضور دارد.	چک لیست جراحی ایمن از طریق یک نفر ثابت قرائت می گردد.

محور مراقبت های بیهوشی و جراحی		
ردیف	مصادیق	توضیحات
۲۰	کارکنان اتاق عمل از چک لیست جراحی ایمن آگاهی دارند.	حتما باید ذکر کنند در قبل از القای بیهوشی، قبل از ایجاد برش پوستی و قبل از خروج بیمار از اتاق عمل از آن استفاده می کنند.
۲۱	در هر اتاق عمل تجهیزات مازاد بر لیست تجهیزات ضروری اتاق عمل وجود ندارد.	
۲۲	متخصص بیهوشی در قبل از هر القای بیهوشی قبل از تزریق دارو از انطباق گاز استنشاقی در شرف استفاده، با گاز تجویزی (اعم از سانتال یا کپسول) اطمینان حاصل می کند.	از طریق پره اکسیژنه کردن بیمار و کنترل سچوریشن بیمار در مانیتورینگ قبل از القای بیهوشی با دارو
۲۳	چک لیست صحت عملکرد و تجهیزات بیهوشی اتاق عمل توسط تکنسین هوشبری در هر شیفت تکمیل شده است.	مشاهده چک لیست و به روز بودن کنترل ها ملاک نمره دهی می باشد.
۲۴	آلارم های دستگاه بیهوشی در حالت روشن قرار دارد.	روشن بودن آلارم جداشدگی، آلارم سنسور اکسیژن و صحت عملکرد آن ملاک ارزیابی است.
۲۵	در هر ماشین بیهوشی کپسول ذخیره پر و همراه با مانومتر موجود می باشد؟	پر بودن کپسول و صحت عملکرد آن ملاک نمره دهی است.
۲۶	قبل از هر مورد القای بیهوشی ارزیابی گازهای بیهوشی، اتصالات و تجهیزات بیهوشی تحت نظارت و تایید نهایی متخصص بیهوشی انجام می شود.	مشاهده کنترل موارد الزام نمره دهی می باشد
۲۷	در اتاق عمل برنامه مدونی جهت کاهش اضطراب بیماران از لحظه ورود تا زمان القای بیهوشی وجود دارد.	آموزش خودمراقبتی به بیمار در زمینه کنترل اضطراب و استرس متناسب با سن و جنس بیمار و همچنین ارتباط موثر بین بیمار و پرسنل با توضیحات شفاف انجام می شود.
۲۸	انتقال بیمار به تخت جراحی توسط کمک بهیار همگن به روش ایمن با حفظ حریم خصوصی انجام می گیرد.	معیار نمره دهی رعایت هر ۳ الزام می باشد.
۲۹	بیمار توسط پرستار بخش با حفظ حریم خصوصی بر اساس شرایط نقل و انتقال ایمن به اتاق عمل منتقل می شود و بالعکس.	حضور پرستار و پرونده پزشکی بر بالین بیمار، دستبند شناسایی، انتقال فقط با ویلچر یا برانکارد ایمن دارای کمربند و در صورت نیاز به وجود تجهیزات مورد نیاز از جمله مانیتورینگ و ..).

محور مراقبت های بیهوشی و جراحی		
ردیف	مصادیق	توضیحات
۳۰	لیست اعمال جراحی نیازمند رزرو خون با تایید سرویس مربوطه در اتاق عمل موجود است.	
۳۱	لیست اعمال جراحی کنسلی اتاق عمل در سرویس های مختلف با ذکر دلایل کنسلی در اتاق عمل موجود است.	
۳۲	کارکنان اتاق عمل از نحوه برخورد با بیمار مبتلا به عفونت های مسری نیازمند به عمل جراحی آگاهی دارند.	(قابلیت سرایت بیماری، رعایت احتیاط قطره ای تماسی، ملاحظات پیشگیری کنترل عفونت قبل، حین و ریکاوری، ضدعفونی تجهیزات پزشکی اتاق و تختهای اتاق عمل بلافاصله پس از خاتمه عمل جراحی)
۳۳	شمارش گازها در ۳ مرحله (حین عمل، پس از پایان جراحی و قبل از سوچور پوست) انجام و توسط اسکراب و سیرکولر تایید می-شود.	
۳۴	شیو موهای زائد در اتاق عمل انجام می-شود.	در صورتیکه موضع عمل در قسمت هایی از بدن است که موی بیشتری دارد، کوتاه شدن موها در بخش انجام شده است.
۳۵	کلیه فضاها و تجهیزات اتاق عمل بر اساس برنامه، نظافت و گندزدایی شده است.	در صورت مشاهده آلودگی یا گرد و غبار در اتاق عمل و سالن ها امتیاز تعلق نمی-گیرد.
۳۶	استریل فوری اقلام خاص حین عمل بر اساس دستورالعمل انجام می-شود.	در صورت وجود اقلام تک پیچ در اتاق عمل به تعداد کافی نیازی به استریل فوری نیست. اتوکلاو مورد استفاده باید قادر به استریل کردن اقلام مورد نظر در مدت زمان حداکثر ۱۵ دقیقه باشد.
۳۷	متخصص بیهوشی / رزیدنت بیهوشی تا زمان حضور بیمار در ریکاوری در اتاق عمل حضور دارد و دستور ترخیص بیمار را از ریکاوری صادر می-کند.	یافته های پایش بیمار در ریکاوری در پرونده بیمار ثبت می-شود و زمان ورود و خروج از ریکاوری ثبت می-گردد. دستور ترخیص بیمار از ریکاوری بلافاصله پس از ارزیابی نهایی و تصمیم به انتقال بیمار ثبت می-شود.
۳۸	هیچ یک از بیماران برای اطمینان از آمادگی و یا برای شروع عمل بیشتر از ۳۰ دقیقه در فضای آمادگی اتاق عمل منتظر نمی-مانند.	کسب اطمینان از آمادگی بیماران قبل ورود به اتاق عمل توسط مسئول پذیرش با هماهنگی بخش، عدم انتظار بیماران جهت انجام آزمایش، تصویربرداری، مدت ناشتایی، مشاوره و ... در اتاق عمل، عدم وجود کنسلی عمل بعد از ورود بیمار به اتاق عمل به دلیل عدم آمادگی بیمار

محور مراقبت های بیهوشی و جراحی		
ردیف	مصادیق	توضیحات
۳۹	اولویت بندی بیماران برای انتقال به اتاق عمل، در لیست عمل مشخص شده و بر این اساس انجام می شود.	بیماران پرخطر مانند مادران پرخطر، بیماران بستری بخشهای ویژه، بیماران دیابتی و نقص ایمنی بیماران آسیب پذیر مانند سالمندان و کودکان، نوبت-دهی به بیماران عفونی به نحوی انجام شود که استفاده از اتاق ها باعث سرایت آلودگی به سایر بیماران نشود.
۴۰	کلیه اعمال جراحی تا ساعت ۱۸ در اتاق عمل به اتمام رسیده است.	از ساعت ۱۸ به بعد فقط بیماران ریکاوری تحویل بخش ها شده و ابزار جراحی تحویل واحد CSR شود.
۴۱	کلیه پرسنل از اتیکت شناسایی به نحوی که هویت آنها به راحتی مشخص گردد استفاده می کنند.	داشتن اتیکت شناسایی برای کلیه کادر درمان الزامی می باشد و در صورت عدم نصب اتیکت حتی یک مورد در قسمت انضباطی ثبت گردد.
۴۲	پوشش در اتاق عمل به گونه ای است که موها بصورت کامل پوشانده شده، ناخن ها کوتاه و بدون لاک بوده و از زیورآلات (حتی یک حلقه ساده و یا ساعت) استفاده نمی شود.	
۴۳	اسکراب دست بصورت استاندارد (تا بالای آرنج) انجام میشود.	اسکراب دست توسط تیم جراحی بصورت استاندارد ابلاغی انجام می شود.

بند ۱۷: مصادیق مربوط به محور مراقبت های حاد

محور مراقبت های حاد		
ردیف	مصادیق	توضیحات
۱	کارکنان بر اساس روش اجرایی "ایجاد محیط آرام و ساکت برای بیماران" عمل می نمایند.	تنظیم آلام دستگاه ها نحوه و سطح بلندی گفتگوی کارکنان کاهش صدای زنگ احضار پرستار و تلفن ها بررسی تجهیزات مانند ترالی ها و لولای درب ها و رفع نقایص به منظور کاهش سر و صدا کاهش رفت و آمد در بخش
۲	پرستار از روش اجرایی "مراقبت از بیماران تحت آرام بخشی متوسط و عمیق" آگاهی دارد.	شامل حفظ راه های هوایی، پایش مداوم علائم حیاتی، پیش گیری سقوط از تخت و آسپیراسیون، عوارض آرام بخشی، کنترل درد و میزان دوز مجاز و عوارض دارو و راههای پیشگیری و درمان عوارض و بررسی پاسخ بیمار به درمان است.
۳	پرستار از روش اجرایی "مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد" آگاهی دارد.	اطلاع به پزشک، تخصیص فضای مناسب اطراف تخت بیمار، انتقال بیمار به تخت در معرض دید (در صورت امکان)، آماده سازی ترالی احیا بر بالین بیمار، ارزیابی مداوم بیمار و پیگیری جهت انتقال به بخش ویژه، انجام اقدامات بر اساس دستور پزشک
۴	پزشک معالج و پزشک بخش ویژه بیمار حاد در انتظار انتقال به ICU را با شرایط مشابه و قابل مقایسه با بخش های ویژه، پایش و ویزیت می نمایند.	ارزیابی بیمار در فواصل زمانی منظم و مشابه بخش های ویژه توسط پزشک
۵	بیمار حاد در انتظار انتقال به بخش ویژه، مراقبت پرستاری با شرایط مشابه و قابل مقایسه با بخش های ویژه دریافت می نماید.	ارزیابی بیمار در فواصل زمانی منظم و مشابه بخش های ویژه، استفاده از کارکنان پرستاری آموزش دیده برای بخش های ویژه در ارائه مراقبت به این بیماران در بخش های عادی
۶	انتقال بیماران به سایر بخش ها یا واحدها همراه با دفیبریلاتور مجزا از ترالی احیا، انجام می شود.	آموزش استفاده از دفیبریلاتور با مانیتورینگ قلبی، تا حد امکان نباید از دفیبریلاتور اختصاصی بخش جهت مانیتورینگ بیماران بستری استفاده نمود. تحت هیچ شرایطی نباید دفیبریلاتور ترالی اورژانس از بخش خارج شود. در صورت نیاز دستگاه به تعمیر و یا انتقال آن همراه با بیمار، تا زمان بازگشت دستگاه در صورت نیاز از بخش پشتیبان تامین شود.

بند ۱۸: مصادیق مربوط به محور مراقبت های عمومی و بالینی

محور مراقبت های عمومی و بالینی		
ردیف	مصادیق	توضیحات
۱	مشکلات تغذیه ای بیمار از نظر کاهش اشتها و یا عدم تحمل غذایی در گزارشات ثبت شده و پیگیری های لازم در این زمینه (ارزیابی تخصصی تغذیه و ...) انجام شده است.	
۲	بخش ارزیابی تغذیه ای در برگه ارزیابی اولیه به صورت کامل و صحیح تکمیل شده و با بالین بیمار مطابقت دارد.	
۳	کارکنان از لیست بیماران پرخطر بخش خود و نحوه مراقبت ایمن آنها آگاهی دارند.	لیست بیماران پرخطر هر بخش می بایست موجود بوده و کارکنان از آن آگاهی داشته باشند. تفاوت بیمار پرخطر و اورژانسی را بدانند. بیمار اورژانسی بیماری است که در حال حاضر در شرایط بحران قرار داشته و نیازمند رسیدگی فوری است. بیمار پرخطر بیماری است که به صورت بالقوه به دلیل مشکلات زمینه ای و یا شرایط بیماری در معرض خطر قرار دارد مانند بیمار دیابتی و یا مادر باردار. این بیماران بایستی تحت نظر بوده، شرایط بحرانی در آنها پیش بینی شده و مشاوره های مرتبط برای آنها انجام شود.
۴	ترخیص ایمن بیمار رعایت شده است.	ترخیص ایمن (Smart) شامل ارائه آموزش های خودمراقبتی، پیگیری ها و مراجعات بعدی بیمار، داروهای مصرفی و ... می باشد. برای بررسی این شاخص از ۳ بیمار ترخیصی سوال شده و برگه آموزش به بیمار آن ها چک شود.
۵	کارکنان از روش اجرایی دریافت نتایج بحرانی تست های تشخیصی آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می کنند.	۱- آگاهی کارکنان از محل قرار داشتن لیست مقادیر بحرانی در سرور یا مستندات موجود در بخش، ۲- وجود و فعال بودن کانال آزاد ارتباطی و اطلاع کارکنان از آن، ۳- آگاهی کارکنان از روش دریافت تلفنی نتایج، ۴- Read (Back-Write Down- Repeat Back) اطلاع رسانی فوری به پزشک معالج
۶	مهار شیمیایی با دستور پزشک و به شیوه صحیح و ایمن انجام شده است.	دستورالعمل مهار شیمیایی شامل موارد زیر است: ۱- بررسی سابقه دارویی و حساسیت قبل از تجویز، ۲- حفظ ایمنی بیمار (بالا بودن بدساید، پوزیشن مناسب بیمار، پیشگیری از خطر آسپیراسیون و ...)، ۳- دارودهی بر اساس هفت اصل دارودهی و دابل چک در صورت نیاز، ۳- ارزیابی مستمر بیمار از طریق مانیتورینگ و چک علائم حیاتی قبل، حین و پس از مهار شیمیایی، ۴- ثبت شرایط بیمار قبل از شروع مهار و پاسخ وی به درمان در گزارش پرستاری، ۵- حفظ حریم خصوصی بیمار حین مهار، ۶- استفاده از مهار شیمیایی حداکثر سه بار در روز، ۷- متوقف کردن مهار شیمیایی در کوتاهترین زمان ممکن. در صورتیکه مورد بیمار با مهار شیمیایی به منظور بررسی انطباق عملکرد در بخش رویت نداشت، آگاهی کامل همکاران از دستورالعمل مورد ارزیابی قرار گیرد.

محور مراقبت های عمومی و بالینی		
ردیف	مصادیق	توضیحات
۷	نظارت مستمر پرستار مسئول بیمار در پنج دقیقه اول شروع ترانسفوزیون فرآورده خونی و ۱۵ دقیقه بعد از آن انجام شده است.	نظارت مستمر پرستار مسئول بیمار در ۵ دقیقه اول پس از تزریق با حضور مداوم بر بالین بیمار و در ۱۵ دقیقه اول از طریق مراجعه و ارزیابی مکرر بر بالین بیمار و توجه و گزارش هر گونه علائم غیرعادی به پزشک و بانک خون می باشد.
۸	تزریق خون و فرآورده های خونی در تمام مراحل (چک دستور، درخواست فرآورده، چک کیسه و برگه درخواست و ترانسفوزیون) توسط دو نفر کارشناس تایید شده است. (دابل چک)	
۹	پرستار نسبت به وضعیت بالینی بیمار خود و روند مراقبت و درمان وی تسلط و اشراف دارد.	ترجیحا از ۳ پرستار مختلف سوال شود. در صورتیکه تعداد پرستار در شیفت کمتر از ۳ نفر بود از یک پرستار در مورد ۲ بیمار سوال شود.
۱۰	فرم ارزیابی اولیه مناسب با بیمار (کودک، بزرگسال و بیمار اعصاب و روان) به صورت کامل و در بازه زمانی لازم تکمیل شده است.	منظور از بازه زمانی لازم برای تکمیل فرم موارد زیر می باشد: ۱- شروع ارزیابی اولیه در بازه زمانی اعلام شده توسط هر بخش باشد که با توجه به بررسی اولیه پرستار و چک بیمار در بدو ورود، فاصله بین ورود بیمار به بخش و شروع ارزیابی اولیه از ۳۰ دقیقه تجاوز نخواهد کرد. ۲- زمان اتمام ارزیابی می تواند تا پایان شیفت هم باشد. در مواردی که بیمار انتهای شیفت پذیرش شده باشد در صورت تحویل و تحول صحیح، انجام آن در شیفت بعد، اشکالی ندارد.
۱۱	لیست اقدامات تهاجمی تشخیصی و درمانی در بخش موجود است.	
۱۲	انتقال بیمار در شرایط ایمن (بسته بودن کمر بند محافظ ویلچر و برانکارد) انجام شده است.	بالا بودن بدساید به تنهایی کافی نمی باشد.
۱۳	کارکنان قبل از انجام هرگونه اقدام تشخیصی- درمانی بیمار را از طریق دستبند شناسایی و انجام شناسایی فعال احراز هویت می نمایند.	
۱۴	نمره برادن ثبت شده در کاردکس و گزارش پرستاری مطابق با بالین بیمار می باشد.	
۱۵	نمره مورس یا هامپی دامپی ثبت شده در کاردکس و گزارش پرستاری مطابق با بالین بیمار می باشد.	
۱۶	تحویل و تحول بیماران در ابتدای هر شیفت بر بالین بیمار و بر اساس تکنیک ISBAR انجام می شود.	

محور مراقبت های عمومی و بالینی		
ردیف	مصادیق	توضیحات
۱۷	نمره مقیاس برادن کلیه بیماران روی کاردکس ثبت شده و در بیماران با نمره ۱۲ و کمتر از آن در هر شیفت در گزارش پرستاری ثبت شده است.	ارزیابی برای تمام بیماران در بدو ورود به بخش، و در بیماران بستری با ریسک بالای ایجاد زخم فشاری (بیماران با اختلال هوشیاری، اختلال درک حسی CBR, SRBR) هر شیفت انجام می شود. در صورتی که نمره ۱۲ و کمتر بگیرد هر شیفت ارزیابی بایستی تکرار گردد، در غیر این صورت ارزیابی روزانه است. البته با تغییر سطح مراقبت بیمار، ارزیابی تکرار و نمره برادن ثبت گردد. در ICU ها نیازی به ثبت نمره برادن در هر شیفت نیست، اما بایستی بررسی بیمار از نظر بروز زخم فشاری در هر شیفت انجام و مشاهدات دقیق پرستار در گزارش ICU در پرستاری ثبت گردد. در بیماران self care ارزیابی برادن فقط یک بار در ارزیابی اولیه انجام شده و نیازی به تکرار در هر شیفت ندارد.
۱۸	نمره مقیاس مورس یا هامپی دامپی کلیه بیماران در کاردکس ثبت شده و در مورد بیماران با مورس ۲۵ و بالاتر در هر شیفت در گزارش پرستاری نیز ثبت شده است.	بیمار از نظر احتمال سقوط بر اساس معیارها و ابزارهای پیش بینی کننده سقوط توصیه شده وزارت متبوع بررسی می شود. نتایج ارزیابی و میزان ریسک علاوه بر فرم ارزیابی اولیه، در اولین گزارش پرستاری بخش ثبت می شود. برای بیماران در معرض خطر بالا (از نمره ۲۴ به بالا) در هر شیفت باید نمره مورس چک شود و برای سایر بیماران در صورت هر تغییر سطح مراقبتی باید نمره مورس چک شود و در گزارش پرستاری ذکر شود. در صورت انتقال بیمار از یک بخش به بخش دیگر باید معیار مورس مجدد کنترل و ثبت گردد (حتی اتاق عمل و زایشگاه)
۱۹	تشخیص پرستاری صحیح و منطبق با شرایط بیمار در برگه ارزیابی اولیه ثبت شده است.	
۲۰	ترک محل خدمت حتی به مدت کوتاه با تعیین جانشین انجام می شود.	پرستار جانشین بایستی ضمن ارائه مراقبت های لازم، گزارش اقدامات انجام شده را در گزارش پرستاری ثبت نماید.
۲۱	پزشکان قبل از انجام هرگونه اقدام تشخیصی- درمانی بیمار را از طریق دستبند شناسایی احراز هویت می نمایند.	
۲۲	پزشک، تلفیق دارویی را انجام داده و در برگه دستورات پزشکی بیمار ثبت می نماید.	تلفیق دارویی به معنی تصمیم گیری در مورد ادامه و یا قطع داروهای مصرفی بیمار می باشد و پزشک از داروهای مصرفی بیمار در مدت بستری وی اعم از مرتبط یا غیر مرتبط با وضعیت فعلی بیمار آگاهی دارد و در خصوص قطع یا ادامه داروهای قبلی بیمار تعیین تکلیف می نماید.
۲۳	کارکنان از روش انجام مهار فیزیکی آگاهی دارند.	بررسی وضعیت بیمار، اطلاع به پزشک، ثبت دستور مهار فیزیکی در پرونده، اجرای مهار بر اساس استاندارد توسط کمک بهیار با نظارت پرستار، بررسی مکرر بیمار از نظر احتمال آسیب و ثبت در پرونده، رفع مهار بر اساس دستور پزشک و در حضور پرستار
۲۴	اقدامات مراقبتی به منظور پیشگیری از بروز یا تشدید زخم فشاری برای بیماران مستعد با خطر بالا انجام شده است.	بررسی بیماران در معرض خطر با مقیاس برادن، بررسی بیمار در هر شیفت از نظر نقاط تحت فشار، برنامه ریزی مراقبتی شامل تغییر وضعیت، تشک موج و .. و مشارکت در درمان زخم و پانسمان و...

محور مراقبت های عمومی و بالینی		
ردیف	مصادیق	توضیحات
۲۵	انتقال درون و برون بخشی بیماران بصورت استاندارد انجام می شود.	جابجایی درون بخشی کلیه بیماران به وسیله ویلچر و برانکارد انجام شود. در موارد جابجایی برون بخشی بر اساس شرایط بیمار با حضور پرستار و پزشک و منحصر با آمبولانس انجام گیرد.
۲۶	پرستار برنامه مراقبتی بیمار را به صورت مستمر در هر شیفت پایش و در پرونده بیمار ثبت می نماید.	طرح مراقبت پرستاری برای بیمار براساس مشکلاتی مانند قرمزی پوست در اثر بی حرکتی بیمار که برنامه مراقبتی شامل تغییر وضعیت و ماساژ و .. می- باشد و در انتهای شیفت پرستار نتیجه اقدامات انجام شده را در گزارش پرستاری ذکر نماید. در صورت نیاز پیگیری مراقب در شیفت بعد
۲۷	سیر بیماری بصورت روزانه توسط پزشک در پرونده بیمار نوشته است.	سیر بیماری به صورت روزانه نوشته شده و مهر و امضای پزشک داشته باشد.
۲۸	کارکنان از نحوه دریافت دستورات تلفنی آگاهی دارند.	دستورات تلفنی تنها در موارد اورژانس که تاخیر ممکن است موجب آسیب به بیمار شود قابلیت اجرایی دارد. اخذ دستورات تلفنی از طریق فرآیند بازخوانی مجدد (Read back) انجام شده، در برگه دستورات پزشک نوشته شده و دابل چک انجام شود. در اولین ویزیت ممهور شود.
۲۹	در حین انجام پروسیجرهای که نیازمند حفظ حریم خصوصی است (تعویض پانسمان، سونداژ و ...) پرده ها کشیده شده یا پاراوان گذاشته می شود.	پوشیدگی بدن بیماران و وجود حریم های خصوصی، تعیین سطح دسترسی افراد مجاز به پرونده بیماران، عدم درج تشخیص و نام بیمار در تابلوی بالای سر بیمار، جلوگیری از عکاسی از فضاهای درمانی بدون اخذ موافقت بیماران حاضر در اتاق بیماران، انجام اقدامات توسط کارکنان همگن
۳۰	پرستار /ماما/کارشناس در هر شیفت خود را به بیمار معرفی می نماید.	معرفی خود به بیمار در هر شیفت، رضایت و اعتماد بیمار به پرستار درخصوص ارائه توضیحات و پاسخ به پرسش هایش موید ارتباط موثر پرستار با بیمار است
۳۱	پزشک خود را به بیمار معرفی می نماید.	معرفی خود به بیمار، رضایت و اعتماد بیمار به پزشک درخصوص ارائه توضیحات و پاسخ به پرسش هایش موید ارتباط موثر پزشک با بیمار است
۳۲	کارشناس پرستاری فرم ارزیابی اولیه بیمار را در محدوده زمانی تعیین شده انجام می دهد.	برای شروع درمان صحیح و سریع ایده آل است که ارزیابی اولیه بلافاصله بدو ورود بیمار به بخش انجام شود. اما با توجه به تفاوت در شرایط درمانی و مراقبتی مورد نیاز بیماران می تواند تا انتهای همان نوبت کاری انجام شود.
۳۳	پزشک اولین ارزیابی بیمار را در محدوده زمانی تعیین شده بخش انجام می دهد.	ارزیابی اولیه پزشک بر اساس زمان مشخص شده برای هر بخش انجام شده و برگه شرح حال همراه با مهر و امضای پزشک تکمیل می شود.
۳۴	آیا تیم درمان (سرپرستار، پرستار، کمک بهیار) شما را با افعال دوم شخص جمع مخاطب قرار می دهند.	بررسی این آیتم صرفا بصورت مشاهده قابل ارزیابی میباشد. به عنوان مثال از پرستار یا کمک بهیار بخواهید آموزشی به بیمار بدهد و یا در حین انجام مراقبت، نحوه مخاطب قرار دادن بیمار را مورد ارزیابی قرار دهید. (این آیتم صرفا بصورت مشاهده ارزیابی شود و از بیمار یا مراقبت کننده سوال نشود)

محور مراقبت های عمومی و بالینی		
ردیف	مصادیق	توضیحات
۳۵	کلیه کارکنان ممنوعیت استفاده از گوشی موبایل را رعایت می کنند.	به جز موارد استثنا (سوپروایزر، سرپرستار، مسئول شیفت، پزشک، رزیدنت و اینترن به منظور هماهنگی امور درمان بیماران) در صورت عدم رعایت مورد فوق حتما در قسمت کنترل انضباطی برای فرد خاطی تذکر ثبت گردد. در صورت مشاهده حتی یک مورد عدم رعایت نمره بخش (خیر) ثبت گردد.
۳۶	کارکنان از دستورالعمل bad news آگاهی دارند.	۱- تماس با مددکاری، ۲- تشکیل جلسه، ۳- تصمیم گیری در مورد اینکه اطلاع رسانی به کدامیک از اعضای خانواده انجام شود، ۴- حضور ولی قانونی بیمار در اتاق برگزاری جلسه (اتاق سرپرستار)، ۴- توضیح شرایط بیمار توسط پزشک با زبان ساده، ۵- همدردی با اعضای خانواده بیمار، ۶- اجازه دادن برای گریه و سوگواری و ...
۳۷	پرستار از بیماران خود با زخم بستر آگاهی دارد.	پرستار بیماران خود را که دارای زخم بستر هستند را می شناسد و از محل زخم، درجه، میزان ترشحات و ... اطلاع دارد. اظهارات پرستار با بالین بیمار مطابقت داده شود)

بند ۱۹: مصادیق مربوط به محور مستندات پرونده

محور مستندات پرونده		
ردیف	مصادیق	توضیحات
۱	مورس و برادن برای هر بیمار بزرگسال ، هامپی دامپی یا کلامورگان و برادن کیو برای اطفال در هر شیفت تعیین شده است.	معیار برادن : ارزیابی برای تمام بیماران در بدو ورود به بخش و در بیماران بستری با ریسک بالای ایجاد زخم فشاری (بیماران با اختلال هوشیاری، اختلال درک حسی و CBR و SRBR) هر شیفت انجام می شود. در صورتی که نمره ۱۲ و کمتر بگیرد هر شیفت ارزیابی بایستی تکرار گردد، در غیر این صورت ارزیابی روزانه است. البته با تغییر سطح مراقبت بیمار، ارزیابی تکرار و نمره برادن ثبت گردد. تبصره: در ICU ها نیازی به ثبت نمره برادن در هر شیفت نیست، اما بایستی بررسی بیمار از نظر بروز زخم فشاری در هر شیفت انجام و مشاهدات دقیق پرستار در گزارش پرستاری ثبت گردد. در بیماران self care نیازی به ارزیابی و ثبت نمره برادن نیست. معیار مورس : بیمار از نظر احتمال سقوط بر اساس معیارها و ابزارهای پیش بینی کننده سقوط توصیه شده وزارت متبوع بررسی می شود. نتایج ارزیابی و میزان ریسک علاوه بر فرم ارزیابی اولیه در اولین گزارش پرستاری بخش ثبت می شود . برای بیماران در معرض خطر بالا (از نمره ۲۴ به بالا) در هر شیفت باید نمره مورس چک شود و برای سایر بیماران در صورت هر تغییر سطح مراقبتی باید نمره مورس چک شود و در گزارش پرستاری ذکر شود. در بخش اورژانس تمام بیماران در معرض خطر سقوط محسوب می شوند و باید دستبند زرد بگیرند . در درمانگاه این شاخص محاسبه نمی شود. در صورتیکه نمره مورس بیمار ۲۵ و بالاتر و یا نمره برادن ۱۲ و کمتر از آن

محور مستندات پرونده		
ردیف	مصادیق	توضیحات
		بود، دستبند زرد برای بیمار بایستی بسته شود. در صورت انتقال بیمار از یک بخش به بخش دیگر باید معیار موریس مجدد کنترل و ثبت گردد (حتی اتاق عمل و زایشگاه) در بالای کاردکس بیماران بایستی نمره برادن و موریس ثبت شده و در صورت تغییر، اصلاح گردد.
۲	در فرم آموزش به بیمار کد های زمان ترخیص ثبت و همچنین فرم آموزش به بیمار در زمان ترخیص توسط پزشک و پرستار تکمیل، برگه کپی در پرونده بایگانی شده است و در فرم گزارش پرستاری ثبت شده است "آموزش های زمان ترخیص به بیمار ارائه گردید".	
۳	در فرم آموزش به بیمار کد مربوطه با توجه به کدهای ضروری هر بخش ثبت و در قسمت توضیحات مختصر بایستی در ارتباط با کد آموزشی توضیح مختصر ثبت شده و در فرم گزارش پرستاری ثبت شود "آموزش های حین بستری طبق فرم آموزش به بیمار به بیمار داده شد".	
۴	در فرم آموزش به بیمار قسمت کدها، کدهای A1-A6 ثبت و در قسمت توضیحات مختصر قید شده است "پمفلت خوش آمد گویی به بیمار ارائه شد" و در فرم گزارش پرستاری ثبت شده است که "آموزش های بدو پذیرش به بیمار داده شد".	
۵	در صورت مرخص بودن بیمار، در گزارش پرستاری به زمان ترخیص و زمان خروج از بخش اشاره شده است.	
۶	در صورت نیاز به دابل چک دارو، در برگه دستورات پزشک چک توسط هر دو پرستار و در برگه گزارش پرستاری کنار نام دارو توسط پرستار دوم مهر و امضا شده و به مورد دابل چک شده نیز اشاره شده است.	نیازی به ثبت دابل چک در متن گزارش پرستاری نیست.

محور مستندات پرونده		
ردیف	مصادیق	توضیحات
۷	کلیه اطلاعات ضروری در مورد داروها (تاریخ و ساعت، نام دارو، دوز دارو و راه تجویز و حلال مورد استفاده) در کادر دارویی برگه گزارش پرستاری ثبت شده است.	در صورت اجرای دستور دارویی روی ساعت آن تیک زده شده و نام پرستار دهنده دارو نوشته شود. در صورت عدم اجرای دستور دارویی، دور آن خط کشیده شده و علت عدم اجرای آن در همان قسمت دارویی ذکر شود. در صورت عدم اجرای سایر دستورات (غیر دارویی) در گزارش پرستاری توضیح داده شود. در صورت اجرای دارو توسط فرد دیگر (مثلا تزریق عضلانی توسط پرستار همگن) حتما باید فرد اجرا کننده نام خود را روی تیک دارو بنویسد. در مورد داروهایی که حتما باید در حضور پزشک اجرا شوند، روی تیک دارو نام پرستار بیمار ذکر شده و در متن گزارش پرستاری نوشته شود دارو با مانیتورینگ و تحت نظر دکتر... اجرا گردید. نیازی به ثبت دارو و حلال و ... در متن گزارش نیست. فقط در مواردی که انفوزیون دارو از شیفت قبل ادامه دارد و در جریان است چون در قسمت کادر دارویی ثبت نمی شود بایستی در متن گزارش پرستاری به داروی در جریان از شیفت قبل حتما اشاره شود.
۸	ساعت تحویل دادن و تحویل گرفتن بیمار صحیح ثبت شده است.	ساعت تحویل دادن و تحویل گرفتن بیمار انتهای شیفت خواهد بود به طور مثال ۱۳:۳۰ توجه شود که در صورت پاس ابتدا و انتهای شیفت باید گزارش پرستاری توسط پرستار جایگزین نوشته شود.
۹	در پایان گزارش پرستار نام، نام خانوادگی، سمت، تاریخ و ساعت گزارش را بطور دقیق قید شده و ممهور می گردد.	دقت شود بین آخر خط نوشته شده و آخرین اقدام دارویی ثبت شده و خط بستن گزارش هیچ فاصله ایی وجود نداشته باشد.
۱۰	در صورت وقوع حادثه یا بروز وقایع تهدید کننده حیات بیمار، ساعت، تمامی جوانب حادثه و اقدامات انجام شده در این خصوص به وضوح ذکر شده و بر اساس دستورالعمل اقدام می شود.	از قضاوت و تفسیر حادثه یا واقعه خودداری گردد.
۱۱	در صورت انتقال بیمار به اتاق عمل زمان خروج از بخش، زمان برگشت به بخش و وضعیت عمومی بیمار بعد از عمل جراحی ذکر گردیده است.	در ICU ها در برگه گزارش پرستاری پرونده فلزی هم، نقل و انتقالات بیمار به صورت مختصر ذکر گردد. لازم است کلیه افرادی که مراقبت از بیماران را در اتاق های عمل بر عهده دارند، اقدامات لازم (بر اساس شرح وظایف) را با توجه به اهمیت توالی ارائه خدمات و استمرار مراقبت از بیمار در برگه گزارش پرستاری ثبت نمایند. گزارش اقدامات در ریکاوری برای مادرانی که تحت عمل سزارین قرار می گیرند، توسط کارشناس بیهوشی و کارشناس مامایی در برگه مراقبت بعد از عمل ثبت می شود. در هنگام تحویل بیمار از اتاق عمل، پرستار تحویل گیرنده موارد ثبت شده در برگه ریکاوری را با وضعیت بیمار مطابقت داده و در این برگه مهر و امضا می شود. در صورت مغایرت حتما ذکر گردد.

محور مستندات پرونده		
ردیف	مصادیق	توضیحات
۱۲	در صورت انتقال بیمار به بخش دیگر یا سایر مراکز درمانی ساعت انتقال، نحوه انتقال و پرسنل همراه بیمار و پرستار تحویل گیرنده، ثبت شده است.	
۱۳	به تشخیص پرستاری (مشکل بیمار) و طرح مراقبتی بیمار در گزارش نویسی اشاره شده است.	ثبت اقدامات انجام شده برای مشکل بیمار در همان شیفت و یا شیفت-های بعدی تا حصول نتیجه به صورت مستمر لازم است. به عنوان مثال در صورت اقدامات انجام شده تا زمان رسیدن به مقدار قابل قبول در گزارشات ثبت شده باشد.
۱۴	در گزارش پرستاری وضعیت اجابت مزاج و دیورز بیمار ذکر گردیده است.	در ICU ها با توجه به اینکه در شیت پرستاری وضعیت اجابت مزاج بیمار علامتگذاری می شود در صورتی که در قسمت مربوطه علامتگذاری شده بود امتیاز تعلق می گیرد.
۱۵	در گزارش پرستاری رژیم غذایی بیمار، وضعیت تحمل، عدم تحمل و ... ثبت گردیده است.	اشاره به نوع رژیم غذایی در برگه گزارش پرستاری
۱۶	به نکات ایمنی مربوطه در خصوص بدساید و آموزش های داده شده در مورد آن در هر شیفت حتما اشاره شده است.	در ICU ها با توجه به اینکه حتی اگر بیمار هوشیار باشد معمولاً CBR می باشد سوال مربوط به آموزش نحوه خروج ایمن از تخت نیازی نیست بررسی شود.
۱۷	دستورات داده شده از سوی پزشکان مشاور، قبل از اجرا توسط پزشک معالج بیمار کنترل و تایید شده است.	تنها روش اجرای دستورات پزشک مشاور Reorder یا تکرار دستورات در فرم دستورات پزشک می باشد. نکته: مهر و امضا پزشک معالج در فرم مشاوره به منزله رویت برگه بوده و در صورت عدم انجام Reorder امکان اجرای دستورات مشاوره وجود ندارد.
۱۸	در گزارش پرستاری به وضوح قید شده است که چه کاری، توسط چه کسی و در چه زمانی انجام شده است.	در مورد اقداماتی از قبیل فیزیوتراپی که ممکن است توسط کارشناس فیزیوتراپی (که در فرم مخصوص خود آن را تکمیل می کند) یا توسط خود پرستار مسئول بیمار انجام شود بایستی در گزارش پرستاری قید شود که این اقدام توسط چه کسی انجام شده است. مثلاً "فیزیوتراپی تنفسی توسط خانم انجام شد."
۱۹	در گزارش پرستاری به پیگیری های لازم از قبیل اقدامات پاراکلینیکی، مشاوره و ... اشاره شده است.	برگه مشورت توسط پرستار مهر زده و تاریخ و ساعت زده شده است. در برگه مشاوره هیچ جمله ای با مضمون: اجرا شد/ به رویت رسید/ اطلاع داده شد و... نبایستی نوشته شود بلکه در متن گزارش پرستاری بایستی به این موارد اشاره گردد. نکته: مهر زدن پرستار روی برگه مشورت به معنای چک دستورات مشاوره و یا اجرای آن قبل از پاراف توسط پزشک نیست و فقط به این معناست که پرستار در جریان انجام مشورت و به رویت رسیدن یا نرسیدن آن می باشد.

محور مستندات پرونده		
ردیف	مصادیق	توضیحات
۲۰	در گزارش پرستاری وضعیت اتصالات بیمار و عملکرد آن ثبت شده است .	تاریخ تعبیه اتصالات در کاردکس ثبت شده باشد. در صورت تعبیه اتصالات جدید یا تعویض آن، مورد در گزارش پرستاری ثبت شود.
۲۱	مقدار و نوع ترشحات بیمار (مثل ترشحات درن، چست تیوپ ، NGT و ...) در هر شیفت کنترل و در گزارش پرستاری ثبت می شود.	در صورتی که دستور پزشک مبنی بر کنترل I/O (جذب و دفع) وجود دارد بایستی میزان ثبت ترشحات به طور دقیق در این برگه ثبت شده و در گزارش پرستاری فقط ذکر شود " I/O ثبت شد" و سپس نوع و مشخصات ترشحات در گزارش پرستاری توضیح داده شود. اگر دستور پزشک مبنی بر ثبت جذب و دفع ندارد، بایستی پرستار در هر شیفت وضعیت، تعداد، محل و مقدار ترشحات اتصالات بیمار را در گزارش پرستاری ثبت نماید.
۲۲	در صورت اشتباه بودن گزارش دور موارد اشتباه خط کشیده و روی آن کلمه "اشتباه است" نوشته شود و لازم است اطلاعات صحیح در اولین سطر/ فضای در دسترس (روی کلمه اشتباه یا کنار آن) ثبت و همچنین علت اشتباه (در صورتی که علت قابل توضیح وجود دارد)، نیز توضیح داده شده و امضا شود. لازم است پس از اصلاح خطای مستندسازی، تعداد موارد اصلاح خطا به حروف توسط فرد مستندساز ثبت و مهر و امضا گردد. نوشتن کلمه error قابل قبول نمی باشد. در انتهای گزارش تعداد موارد "اشتباه" نوشته شده و مهر و امضا گردد.	در صورت اشتباه بودن گزارش دور موارد اشتباه خط کشیده و روی آن کلمه "اشتباه است" نوشته شود و لازم است اطلاعات صحیح در اولین سطر/ فضای در دسترس (روی کلمه اشتباه یا کنار آن) ثبت و همچنین علت اشتباه (در صورتی که علت قابل توضیح وجود دارد)، نیز توضیح داده شده و امضا شود. لازم است پس از اصلاح خطای مستندسازی، تعداد موارد اصلاح خطا به حروف توسط فرد مستندساز ثبت و مهر و امضا گردد. نوشتن کلمه error قابل قبول نمی باشد. در انتهای گزارش تعداد موارد "اشتباه" نوشته شده و مهر و امضا گردد.
۲۳	گزارش پرستاری مختصر و کامل نوشته شده و به طور مستمر ثبت می شود .	منظور از ثبت مستمر، نوشتن اقدامات انجام شده در طی شیفت و پیگیریهای انجام شده در شیفت بعد، می باشد. لذا ثبت اقداماتی که هنوز انجام نشده و یا بستن گزارش قبل از انتهای شیفت خطا می باشد. ضمن اینکه گزارش تمام شیفتها حتی در روزهای تعطیل باید جدا نوشته شود. هر اقدام، آزمایش، معاینه یا وقوع هر اتفاقی بلافاصله پس از انجام باید ثبت گردد. ثبت هیچ موردی نباید به آینده موکول گردد. هم چنین لازم است مستندسازی بر حسب ترتیب زمان رخداد آنها صورت گیرد.
۲۴	در صورت گرفتن دستور تلفنی (فقط در موارد اورژانس)، بایستی دستورات تلفنی به طور صحیح و کامل طبق دستورالعمل ثبت گردد.	لازم است در مستندسازی دستورات تلفنی در برگ دستورات پزشک موارد زیر لحاظ گردد: ۱- ساعت و تاریخ تماس تلفنی یا دستور شفاهی (برحسب قبل و بعد از ظهر)، ۲- نام بیماری که درخواست یا دستور مورد نظر باید در مورد وی اجرا شود، ۳- نام و عنوان پزشک ارائه دهنده دستور، ۴- ثبت متن دستور تلفنی و تکرار آن به طوری که پرستار شاهد هم بشنود، ۵- مهر و امضای پرستار دریافت کننده دستور و مهر و امضای پرستار شاهد. دستور تلفنی حداکثر ظرف مدت ۲۴ ساعت توسط پزشک مهر و امضا گردد. (در بیمارستان های آموزشی مانند بیمارستان امام رضا که رزیدنت حضور دارد، دستور تلفنی می بایست در اولین ویزیت و حداکثر ظرف مدت ۶ ساعت مهر و امضا گردد)
۲۵	در گزارش پرستاری از کلمات و علائم اختصاری استاندارد استفاده شده است.	

محور مستندات پرونده		
ردیف	مصادیق	توضیحات
۲۶	در گزارش پرستاری از کلمات شبهه برانگیز (مثل به نظر می رسد، ممکن است، شاید، ظاهراً، و ...) استفاده نشده و شکایات بیمار از قول بیمار نقل قول مستقیم شده است.	
۲۷	گزارش پرستاری خوانا و مرتب است و با رنگ تعیین شده (خودکار آبی برای شیفت صبح و عصر و مشکی برای شیفت شب) ثبت شده است.	گزارش پرستاری و ثبت مستندات بایستی در برگ گزارش پرستاری قسمت مشاهدات و نظرات ثبت شود و چک اجرای دستورات داروئی هم در قسمت اقدامات داروئی و درمانی ثبت گردد.
۲۸	در گزارش پرستاری بدو ورود اشاره به یادآوری تلفیق دارویی به پزشک معالج شده است.	
۲۹	در گزارش پرستاری بدو ورود به موارد ذیل اشاره شده است: نام و نام خانوادگی بیمار، سن بیمار، نحوه ورود بیمار به بخش و همراه چه کسی، ساعت ورود به بخش، وضعیت هوشیاری، تعداد و محل اتصالات، شکایت اصلی بیمار (از زبان بیمار)، حساسیت داروئی یا غذایی	به جز در گزارش بدو ورود که بایستی نام و نام خانوادگی و سن بیمار قید شود، نیازی به نوشتن نام و سن بیمار در هر شیفت نیست. فقط در مورد نوزادان با توجه به اینکه سن روزانه تغییر میکند در هر شیفت باید سن نوزاد قید شود .
۳۰	فرم ارزیابی اولیه بیمار به طور صحیح تکمیل شده است.	در بخش اورژانس با توجه به اینکه بیمار تریاژ می شود نیازی به تکمیل فرم ارزیابی اولیه نیست. در صورتی که بیمار به هر علت بیش از ۱۲ ساعت از زمان تشکیل پرونده سرویس نهایی در اورژانس ماندگاری داشته باشد، بایستی فرم ارزیابی اولیه تکمیل شود. هدف از ارزیابی اولیه بررسی و شناخت وضعیت سلامت و اولویتهای درمانی بدو ورود بیمار می باشد و جایگزین ارزیابی مستمر بیمار در هر نوبت کاری که یکی از ارکان اصلی مراقبت پرستاری است نمی شود. فرم ارزیابی اولیه برای هر بیمار فقط یکبار تکمیل می شود و در صورت انتقال بیمار از بخشی به بخش دیگر نیازی به تکمیل مجدد فرم ارزیابی اولیه نیست. مگر اینکه بیمار به بخش روان منتقل شود که در این صورت نیاز است فرم ارزیابی بیماران روان در بخش مقصد تکمیل گردد. اما ضروریست در بخش جدید در تنظیم برنامه مراقبتی بیمار موارد مندرج در فرم ارزیابی اولیه مد نظر قرار گیرد. بعد از انتقال بیمار از یک بخش به بخش دیگر، در صورت ناقص بودن فرم، نیازی به تکمیل مجدد یا اصلاح فرم نیست و پرستار بخش مقصد بایستی مواردی تکمیل نشده در این فرم را طبق مشاهدات خود در گزارش پرستاری که ثبت می نماید مورد اشاره قرار دهد. تعداد تشخیص های پرستاری ثبت شده در برگه ارزیابی اولیه ملاک ارزیابی نبوده و رعایت استاندارد تشخیص پرستاری ثبت شده مهم می باشد.

محور مستندات پرونده		
ردیف	مصادیق	توضیحات
۳۱	سربرگ اوراق پرونده دارای مشخصات کامل بیمار می باشد .	ثبت حداقل اطلاعات هویتی سربرگ ها (نام و نام خانوادگی بیمار و شماره پرونده) به عهده اولین فردی می باشد که محتوای فرم را مستند می نماید. تکمیل سایر اطلاعات سربرگ و کنترل نهایی ثبت اطلاعات در سربرگ ها به عهده منشی بخش می باشد. در برگه های مشاوره تاریخ و ساعت درخواست و سایر اطلاعات می بایست کنترل شود.
۳۲	کلیه مستندات موجود در پرونده حاوی تاریخ کامل (روز/ ماه و سال) و ساعت ثبت می باشد.	تاکید می شود تاریخ کامل باشد و سال حتما قید شود. ثبت ساعت در قالب بازه زمانی یا شیفت کاری توصیه نمی شود. گزارش شیفت پرستاری که معمولا در انتهای هر شیفت کاری ثبت می گردد از این قاعده مستثنی است ولی اقدامات غیر روتین و اورژانسی از جمله گزارش هر شیفت پرستاری باید با ذکر دقیق ساعت ثبت گردد.
۳۳	چک دستورات پزشک توسط پرستار طبق شرایط استاندارد انجام می شود.	در برگ دستورات پزشک در رابطه با تمامی دستورات داده شده از سوی پزشک معالج از جمله دستورات جدید و تکرار دستورات قبلی، لازم است پرستار بلافاصله فرم دستورات پزشک را مرور نموده و موارد را با درج علامت تعداد موارد انجام شده، تاریخ و ساعت انجام دستور، نام و امضای خود را مستند نماید.

بند ۲۰: مصادیق مربوط به محور هموویزیولانس

محور هموویزیولانس		
ردیف	مصادیق	توضیحات
۱	تکمیل فرم درخواست خون به صورت استاندارد صورت می پذیرد.	مشخصات فردی بیمار، بررسی دستورات دارویی قبل از تزریق، علت درخواست یا تزریق خون، مهر و امضا پزشک، نام و نام خانوادگی نمونه گیر در فرم درخواستی موجود می باشد.
۲	ثبت نوع و میزان فرآورده درخواستی به صورت صحیح انجام می پذیرد.	نوع فرآورده درخواستی اعم از CRYO, FFP, PLT, P.C به صورت صحیح و به تعداد واحد درخواستی صحیح در سیستم ثبت می شود.
۳	قبل از انجام نمونه گیری و قبل از ترانس فرآورده، شناسایی بیمار طبق فرایند انجام می پذیرد.	استفاده از دستبند شناسایی، شناسایی فعال/ در صورت عدم هوشیاری بیمار، تطابق اطلاعات دستبند و پرونده بیمار.
۴	بررسی کیسه به هنگام دریافت از بانک خون و در زمان تزریق به صورت صحیح و کامل انجام می گیرد.	تطبیق اطلاعات درج شده در فرم با مشخصات بیمار، تطبیق گروه خون و Rh، تطبیق تاریخ انقضا کیسه، بررسی ظاهر کیسه (هرگونه نشت یا آسیب کیسه، رنگ غیر طبیعی، وجود لخته یا همولیز، وجود کدورت، برچسب ناسالم)، بررسی ساعت ارسال با تحویل
۵	تطبیق مشخصات کیسه و فرم ارسالی توسط دو پرستار انجام میشود.	فرایند دابل چک مستقل حین تطبیق مشخصات انجام می شود و در فرم مربوطه امضا هر دو پرستار موجود می باشد و پرستار دوم از نوع فرآورده چک شده اطلاع دارد.

محور هموویزیولانس		
ردیف	مصادیق	توضیحات
۶	پرستار از اقدامات لازم قبل از ترانس خون اطلاع دارد و فرایند را به صورت صحیح انجام می دهد.	شناسایی فعال بیمار، حضور پرستار دوم بر بالین بیمار در هنگام شناسایی، چک علائم حیاتی قبل از تزریق توسط دو پرستار
۷	پرستار اقدامات لازم را در حین ترانس فرآورده به درستی اجرا می کند.	حضور مداوم پرستار در ۵ دقیقه اول بر بالین بیمار، چک علائم حیاتی در ۱۵ دقیقه اول پس از شروع،... (طبق فرم ثبت فرآورده)، ثبت ساعت شروع در فرم مربوطه و گزارش پرستاری، ثبت ترتیب تزریق فرآورده ها
۸	پرستار اقدامات لازم پس از ترانس فرآورده را به درستی اجرا می کند.	ثبت ساعت پایان تزریق، ثبت حجم فرآورده های تزریقی در فرم مربوطه و گزارش پرستاری
۹	پرستار از مدت زمان مجاز تزریق فرآورده ها پس از دریافت از بانک خون اطلاع دارد.	تزریق خون در عرض ۳۰ دقیقه پس از خروج از یخچال بانک خون، تزریق پلاکت در عرض ۲۰ دقیقه پس از خروج از shaker بانک خونف تزریق FFP و CRYO در عرض ۱ ساعت پس از خروج از یخچال بانک خون
۱۰	در صورت عدم تزریق فرآورده، پرستار از شیوه نگهداری صحیح فرآورده در بخش قبل از ارجاع به بانک خون اطلاع دارد.	کیسه خون، FFP و Cryo در یخچال با دمای ۲-۸ درجه نگهداری شود. پلاکت حتما در shaker پلاکت نگهداری شود. کلیه فرآورده ها در اولین فرصت به بانک خون ارجاع داده شود.
۱۱	در صورتی که کیسه تحویلی مغایر با فرم ارسالی باشد، پرستار از فرایند صحیح عودت کیسه به بانک خون اطلاع دارد.	اطلاع به بانک خون در مورد خطای رخ داده شده، تکمیل قسمت برگشت فرآورده در فرم ارسالی و ذکر علت برگشت کیسه، امضا و مهر پزشک و پرستار/ ارسال کیسه و فرم به بانک خون، ارسال گزارش خطا جهت همکار بانک خون
۱۲	پرستار از انواع واکنش های ناشی از ترانس خون اطلاع دارد.	واکنش همولیتیک حاد، واکنش تب دار غیر همولیتیک (FNHTR)، واکنش آلرژیک، تنگی نفس وابسته به تزریق خون (TAD)، آنافیلاکسی، آسیب حاد ریوی ناشی از تزریق خون (TRALI)، افزایش حجم داخل عروقی (TACO). (در صورت اطلاع از دو نوع واکنش، امتیاز صحیح تعلق می گیرد).
۱۳	پرستار از اقدامات لازم به هنگام بروز عارضه ناشی از ترانس فرآورده اطلاع دارد.	قطع سریع تزریق، اطلاع به پزشک، باز نگه داشتن مسیر وریدی با استفاده از نرمال سالین، چک علائم حیاتی بیمار، شناسایی مجدد بیمار و کیسه، ارسال کیسه و ست تزریق به بانک خون، ارسال نمونه کومبس و گروه خون به بانک خون و ارسال نمونه ادرار، ثبت بروز عارضه ناشی از ترانس خون در گزارش پرستاری
۱۴	تکمیل فرم گزارش عوارض به صورت صحیح انجام می پذیرد.	ثبت تشخیص بیمار، ثبت علت ترانس فرآورده، ثبت سابقه تزریق و عارضه به دنبال آن، ثبت فاصله زمانی بین شروع تزریق با بروز عارضه، حجم تزریق شده، ثبت کامل علائم بروز پیدا کرده توسط پرستار و پزشک، تکمیل فرم عارضه طی ۲۴ ساعت پس از بروز عارضه، در صورت مرگ یا ناتوانی جدی به دنبال عارضه، ارسال فرم خطاهای ۲۸ گانه.
۱۵	پرستار از سرعت پیشنهادی جهت تزریق فرآورده های مختلف خون در بزرگسالان در حالات غیر اورژانس آگاهی دارد.	P.C:150-300 ml/h ، FFP:200-300 ml/h ، PLT: 200-300 ml/h CRYO: بسته به تحمل بیمار

محور هموویژیولانس		
ردیف	مصادیق	توضیحات
۱۶	پرستار از سرعت پیشنهادی جهت تزریق فرآورده های مختلف خون در <u>کودکان</u> در حالات غیر اورژانس آگاهی دارد.	P.C:2-5 ml/kg/h ، FFP:60-120 ml/h ، PLT: 60-120 ml/h CRYO: بسته به تحمل بیمار
۱۷	بیمار/همراه از نوع فرآورده تزریقی و همچنین علائم ناشی از بروز عارضه احتمالی حین تزریق اطلاع دارد.	بیمار/همراه تایید کند که قبل از ترانس فرآورده، نوع فرآورده و فرایند تزریق و علائم حساسیت به فرآورده برای وی توضیح داده شده است.
۱۸	پرستار از حداکثر زمان مجاز جهت ترانس فرآورده ها اطلاع دارد.	تزریق P.C حداکثر طی ۴ ساعت و تزریق PLT، FFP و CRYO حداکثر طی ۱ ساعت صورت گیرد.
۱۹	پرستار از انواع سرم های قابل تزریق همراه با ترانس فرآورده خونی اطلاع دارد.	محلول نرمال سالین استریل (بدون وجود الکترولیت هایی از قبیل KCL، NAHCO ₃ ، و...) تنها محلولی است که همراه با خون می توان تزریق کرد.
۲۰	پرستار بخش رابط هموویژیولانس بخش خود را می شناسد	

بند ۲۱: مصادیق مربوط به محور آموزش به بیمار

محور آموزش به بیمار		
ردیف	شاخص	توضیحات
۱	بیمار نهادهای حمایتی موجود در جامعه در رابطه با بیماری خود را می شناسد. در صورتیکه بیمار ترخیص است و جزو بیماران دیابتی، کلیوی و یا سایر بیماری های خاص می باشد، این سوال نمره دهی شود.	
۲	بیمار/مددجو زمان و مکان مراجعات بعدی خود را می داند (در صورتیکه بیمار ترخیص است این سوال نمره دهی شود)	
۳	بیمار از آموزش های ارائه شده توسط پرستار در طول بستری رضایت دارد.	حتما رضایت از آموزش ها سوال شود. (رضایتمندی کلی بیمار از مراقبت پرستار مدنظر نمی باشد)
۴	پرستار نکات مرتبط با مراقبت از خود در منزل را به بیمار آموزش داده است (در صورتیکه بیمار ترخیص است این سوال پاسخ داده شود).	بر اساس فرم آموزش حین ترخیص نکات کلی مربوط به مراقبت از خود در منزل شامل تغذیه، استحمام، مراجعه بعدی، مراقبت از زخم در صورت نیاز و ... بررسی گردد.
۵	بیمار پرستار خود را می شناسد.	
۶	بیمار پزشک معالج خود را می شناسد.	
۷	فرم آموزش به بیمار هنگام ترخیص تکمیل شده و در پرونده بیمار و نیز نزد بیمار موجود می باشد (در صورت ارزیابی بیمار ترخیصی)	قسمت دارویی توسط پزشک معالج یا رزیدنت به صورت فارسی و قابل فهم برای بیمار تکمیل شده است. فرم ترخیص امضا/ اثرانگشت بیمار/ همراهی را دارد و توسط پرستار هم مهر و امضا شده است.

محور آموزش به بیمار		
ردیف	شاخص	توضیحات
	پاسخ داده شود.	
۸	در گزارش پرستاری عنوان آموزش به بیمار داده شده، ذکر شده است و فرم آموزش به بیمار صحیح تکمیل شده است.	کد صحیح نوشته شده است. در قسمت توضیح مختصر دقیقاً مورد آموزش داده شده نوشته شده است (از تکرار عنوان کد خودداری شده است). در قسمت یادگیرنده فردی که به وی آموزش داده شده است و درک یا عدم درک بیمار از آموزش نیز به درستی ثبت شده است. همچنین آموزش های تکراری در فرم آموزش به بیمار ثبت نشده است.
۹	پرستار آموزش های بدو ورود (شامل کد A) را به بیمار ارائه نموده و پمفلت خوشامدگویی را تحویل مددجو هوشیار و یا همراهی مددجو غیر هوشیار داده و کد A1-A6 را در فرم آموزش به بیمار در پرونده ثبت نموده است.	در صورتیکه پمفلت تحویل نشده و یا کد A1-A6 در فرم آموزش به بیمار بعنوان اولین کد ثبت نشده نمره ایی تعلق نمی گیرد
۱۰	پرستار آموزش حین بستری شامل رژیم غذایی متناسب با بیماری را به مددجو ارائه داده است.	بیمار باید بتواند مواد غذایی مفید و مضر در رابطه با بیماری خود را نام ببرد.
۱۱	پرستار آموزش حین بستری شامل میزان فعالیت مجاز در حین بستری را به مددجو داده است.	بیمار باید با فعالیت مجاز خود آشنایی کامل داشته باشد. در غیر این صورت نمره ایی تعلق نمی گیرد.
۱۲	پرستار در رابطه با داروهای بیمار، عوارض، شیوه و زمان استفاده آنها به مددجو آموزش داده است.	بیمار باید حداقل در خصوص داروهایی که عوارض یا مراقبت خاصی نیاز دارند آموزش دیده باشند.
۱۳	پرستار آموزش های حین بستری شامل توضیح مختصر بیماری، عوارض، نحوه درمان و علائم خطر حین بستری را به بیمار آموزش داده است.	بیمار باید بیماری خود را بشناسد، عوارض آن را نام ببرد و نشانه های خطر حین بستری خود را بشناسد.
۱۴	پرستار از ابزار آموزشی (پمفلت، مدیا و بروشور.....) در فرآیند آموزشی خود استفاده کرده است.	استفاده صحیح از پمفلت مد نظر می باشد. به این معنا که پرستار توضیح مختصری در خصوص محتوای پمفلت داده، لزوم مطالعه آن را به بیمار/ همراهی گفته و پس از مطالعه بیمار از وی بازخورد گرفته است.
۱۵	آموزش های ارائه شده توسط پرستار به مددجو با ثبت آن در فرم آموزش به بیمار موجود در پرونده، مطابقت دارد.	فرم آموزش به بیمار کنترل شود و با آموزش ارائه شده به بیمار مطابقت داشته باشد و بیمار آنها را تایید کند. در غیر این صورت نمره ایی تعلق نمی گیرد.

بند ۲۲: مصادیق مربوط به محور حقوق گیرنده خدمت

محور حقوق گیرنده خدمت		
ردیف	شاخص	توضیحات
۱	در صورت درخواست بیمار، امکان نظرخواهی از پزشکان دیگر (داخل یا خارج بیمارستان) مهیا بوده و در صورت تایید پزشک معالج دستورات ایشان اجرا می شود.	سوال از همکاران درباره روال مشورت با پزشک دوم: درخواست بیمار/همراهی، اطلاع پرستار به سرپرستار، هماهنگی با پزشک معالج. اجرای دستورات پزشک دوم با تایید پزشک معالج می باشد.
۲	اقدامات لازم در مورد بیماران در حال احتضار انجام می شود.	محیط حداقل شامل حفظ حریم خصوصی از طریق اختصاص اتاق جداگانه، انتقال بیمار به اتاق با حداقل تعداد تخت، ایجاد فضای مجزا از طریق پاراوان یا پرده و هم چنین ایجاد شرایط ویژه از جمله رعایت آداب و رسوم شعایر دینی و ایجاد محیطی آرام برای بیمار و خانواده. فرصت مصاحبت و حضور خانواده بیماران تا حدی که تداخلی با برنامه درمانی ایجاد نکند. (در صورتیکه بیمار در حال احتضار در بخش حضور نداشته، از همکاران سوال شود)
۳	تسهیلات لازم برای نیازهای عبادی گیرندگان خدمت (بیمار و همراه) فراهم می باشد.	شامل سجاده، مهر، سنگ تیمم، کتب ادعیه و ...
۴	افراد مجاز برای دسترسی به اطلاعات بیماران مشخص بوده و محرمانگی اطلاعات حفظ می شود.	کارکنان از نحوه در اختیار گذاشتن اطلاعات بیماری و پرونده آگاهی دارند. ارائه تصویر پرونده فقط با تایید واحد مدارک پزشکی امکان پذیر است. افراد مجاز برای دسترسی به اطلاعات پرونده بیمار فقط تیم درمان مرتبط با بیمار (پزشک، پرستار بیمار، پزشک مشاور، فیزیوتراپ و ...) می-باشند.
۵	برای انجام اقدامات تهاجمی در موارد غیر اورژانس، رضایت آگاهانه توسط پزشک انجام دهنده پروسجر اخذ می گردد.	لیست اقدامات تهاجمی در دسترس کارکنان قرار دارد. برگه رضایت به طور دقیق تکمیل و موارد توسط پزشک به بیمار توضیح داده شده است. (در صورت وجود این آیتم در بخش ضمن بررسی مستند، از بیمار مربوطه نیز سوال شود)
۶	دسترسی بیمار/ ولی قانونی وی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی فراهم می-باشد.	ساعات خاصی برای پاسخگویی به سوالات بیمار / ولی قانونی توسط پزشک در نظر گرفته شده و یا روال مشخصی برای ارتباط بیمار با پزشک وجود دارد. در شیفت های عصر و شب نیز در صورت نیاز امکان ارتباط با اعضای گروه پزشکی توسط بخش فراهم می شود.
۷	حریم خصوصی بیمار رعایت شده است.	حضور افراد مجاز با رعایت قوانین انطباق در حریم خصوصی بیمار، پیش بینی پوشش مناسب بیمار با رعایت فرهنگ عفاف و حجاب در اتاق بستری یا زمان جابجایی بیمار، حفظ پوشش بیمار به نحوی که مناطقی از بدن بیمار که نیاز به مداخله ندارند، پوشیده بماند.
۸	عدم استفاده و ورود تلفن همراه در بالین بیماران و در فضاهای درمانی رعایت شده است.	استفاده از تلفن همراه توسط رزیدنت و مسئول شیفت به منظور پیگیری امور درمانی (حتی المقدور خارج از بالین بیمار) بلامانع است.
۹	روی تابلوی بالای سر بیمار فقط نام پزشک و پرستار نوشته شده است.	در صورتیکه تشخیص و نام بیمار نوشته شده باشد امتیازی تعلق نمی-گیرد. بخش های سوختگی و NICU استثنا هستند و نوشتن نام و تشخیص بیمار روی تابلوی بالای سر در این بخش ها بلامانع است.

محور حقوق گیرنده خدمت		
ردیف	شاخص	توضیحات
۱۰	بیماران ارائه توضیحات و فرصت کافی جهت تصمیم گیری و مشارکت آنها در اخذ تصمیم در نحوه تشخیص یا درمان را تایید می کند.	
۱۱	استانداردهای ملی پوشش کارکنان رعایت شده است	رده های مختلف کارکنان استاندارد پوشش را رعایت کرده اند. فرم مناسب، حجاب، ناخن، استفاده از زیورآلات و

بند ۲۳: مصادیق مربوط به محور مراقبت های مودی

محور مراقبت های مودی		
ردیف	مراقبت مودی	توضیحات
۱	بیماران ترخیص شده ای که در بخش حضور دارند توسط مسئول شیفت بین پرستاران تقسیم شده اند.	فقط در صورت وجود بیمار ترخیص نرفته نمره دهی شود.
۲	اصول ایمنی بیمار (بالا و سالم بودن نرده محافظ تخت، در دسترس بودن زنگ اخبار، رعایت استاندارد مهار فیزیکی و...) در بالین بیمار رعایت شده است.	کنترل صحت عملکرد زنگ اخبار و بد ساید بیمار و رعایت اصول مهار فیزیکی
۳	بیمار دریافت آموزش پیشگیری از ابتلا به بیماری های واگیر و عفونی در مراکز درمانی (رعایت فاصله اجتماعی، بهداشت دست و لزوم استفاده از ماسک) را دریافت کرده است.	
۴	کلیه اقدامات انجام شده برای بیمار از جمله ارسال و پیگیری تست های تشخیصی، تغییر در علائم و نشانه های بیماری، آزمایشات غیر طبیعی و... بطور دقیق با ذکر ساعت انجام و ساعت اطلاع به پزشک و پیگیری های لازم که در گزارش پرستاری ثبت شده در بالین بیمار و سیستم HIS مشهود می باشد.	در صورت ثبت انجام سی تی اسکن یا آزمایش و ... در گزارش پرستاری صحت و ساعت انجام آن در سیستم HIS و بالین بیمار سنجیده شود.
۵	دابل چک دارو های پرخطر انجام میشود و پرستار دابل چک کننده از داروی چک شده توسط خود اطلاع دارد.	در صورت عدم اطلاع به این شاخص نمره ایی تعلق نمی گیرد.
۶	به روز رسانی کاردکس بیمار توسط پرستار مسئول بیمار انجام می شود.	چک دستورات پزشک در پرونده و بروز رسانی کلیه داروها، اقدامات، پیگیری ها و اطلاعات مراقبتی در کاردکس بیمار توسط پرستار مسئول بیمار انجام می شود و در گزارش پرستاری نیز ثبت می گردد.

محورمراقبت های موردی		
ردیف	مراقبت موردی	توضیحات
۷	کمترین تغییر در پرستار مسئول مراقبت در طول مدت بستری بیمار وجود دارد و پرستار بر وضعیت بیمار خود و پیگیری های مربوط به آن تسلط و آگاهی کامل دارد.	تسلط کامل پرستار بر رژیم غذایی بیمار، آزمایشات ارسالی، مشورت های انجام شده و در حال پیگیری و... سنجیده شود.
۸	پرستار قبل از انجام هر اقدامی توضیحات قابل فهم در رابطه با آن را به بیمار می دهد و بیمار ارائه توضیحات را تایید می کند.	پرستاران قبل از انجام هر اقدامی جهت بیمار با رعایت حریم خصوصی بیمار اقدام قابل انجام را به بیمار توضیح داده و در گزارشات پرستاری ثبت نموده (تغییر پوزیشن – دهانشویه و...)
۹	پرستار مسئول بیمار، خود را به بیمار هوشیار یا همراه بیمار غیر هوشیار معرفی کرده است.	بیمار / همراه بیمار پرستار خود را بطور کامل می شناسد و نام پرستار بیمار با نام ثبت شده بر تابلو بالای تخت بیمار مطابقت دارد در صورت شناخت کامل بیمار از نام پرستار نام پرستار مربوطه به اداره بهبود کیفیت اطلاع داده شود.
۱۰	مقیاس مورس، هامپی دامپی و برادن بطور صحیح نمره گذاری شده و با بالین بیمار منطبق است. نمره در کاردکس ثبت شده و در صورت ریسک بالای بیمار اقدامات پیشگیرانه در گزارش پرستاری ثبت گردیده است.	مطابقت نمره ثبت شده در کاردکس و بالین بیمار و اطلاع بیمار و پرستار بیمار از علت وجود لیبل رنگی ملاک نمره دهی به این شاخص است.

ماده ۱۲: این نظام نامه در ۱۲ ماده تدوین و در تیم مدیریتی مجتمع به تصویب رسیده است.

فصل سوم: حمایت طلبی برای اجرا: شیوه های تعامل با محیط و ذینفعان

فهرست مطالب فصل:

- شناسایی ذینفعان هدف در مسیر اجرا و حمایت طلبی و تعامل با ایشان
- نکات مهم در حمایت طلبی برای اجرا

۱-۳) شناسایی ذینفعان هدف در مسیر اجرا و حمایت طلبی و تعامل با ایشان

فصل سوم مطالعه به شناسایی ذینفعان هدف در مسیر اجرا و سپس جلب حمایت ایشان و تعامل با ذینفعان مربوطه برای اجرای موثر کار می پردازد. همان طور که در فصل یک بیان شد ذینفعان یک پروژه علاوه بر ذینفعان کلیدی که وجود یا عدم وجود پروژه نیاز به حمایت ایشان بستگی دارد، به دو گروه عمده‌ی دیگر از ذینفعان نیز وابسته است. گروه اول آن دسته از ذینفعانی هستند که علی رغم قدرت کم، دارای منافع بالا می باشند. این گروه ذینفعانی هستند که می بایست از مسیر اجرای پروژه مطلع باشند و اطلاع ایشان باعث مشارکت بیشتر در فرایند اجرا خواهد شد. گروه دیگر ذینفعان افرادی هستند که دارای قدرت تاثیرگذاری زیاد هستند و در عین حال منافع کمی در پروژه دارند. حساسیت این دسته از ذینفعان نیز بسیار بالاست و مدیر تغییر می بایست برای اجرای موثر کار دائماً ذینفعانی که در این منطقه قرار می گیرند را راضی نگه دارد. بر این اساس می بایست متناسب با نوع ذینفعان و قرارگیری ایشان در مناطق بیان شده روش های مناسب برای حمایت طلبی از ایشان به عمل آورد.

ذینفعان کلیدی پروژه که قبلاً نیز در حمایت طلبی اولیه مورد توجه قرار گرفتند و در این مرحله نیز برای اجرا می-بایست متناسب با ویژگی های هر ذینفع توجیه شوند. بر این اساس ذینفعان هدف، جهت حمایت طلبی برای اجرا به تفکیک مناطق قرار گیری در ماتریس قدرت/ منافع به شرح ذیل می باشند:

- ذینفعان قرار گرفته در منطقه ۱
- ذینفعان قرار گرفته در منطقه ۲
- ذینفعان قرار گرفته در منطقه ۳

در ادامه به صورت کلی و سازماندهی شده در جدول نشان داده شده است که در مرحله حمایت طلبی برای اجرا از چه روش هایی بهره گرفته شده است.

جدول ۹: رویکردها و تکنیک های مورد استفاده برای حمایت طلبی ذینفعان هدف در مسیر اجرا (منطقه ۱ و ۲)
 پروژه نظام ارزیابی مستمر عملکرد بیمارستان

رویکرد	تکنیک	رئیس بیمارستان	معاون آموزش و سلامت	معاون توسعه مدیریت و منابع	رئیس اداره بهبود کیفیت	مدیر پرستاری	مسئول گروه پایش	ارزیابان مجتمع
ارتباط یکسویه	به اشتراک گذاری اطلاعات					✓		✓
	آموزش ذینفع							✓
	مکاتبات با ذینفعان					✓		
	گزارش کارهای انجام شده	✓	✓	✓		✓		
	گزارش های مرتبط در مطالعات خارجی و داخلی							
	اطلاع رسانی از طریق وب سایت ها							
	سخنرانی							
	ارائه های کنفرانسی، نمایش ها، اعلامیه ها و ویدئوها							
	جلسات بحث آزاد و جلسات غیر رسمی عمومی							✓
	تبلیغات رسانه ای							
مشاوره بنیادی	نظرسنجی های پرسشنامه ای							
	گروه های کانون							
	ارزیابی محیط کار							
	کمیته های رسمی ویژه ذینفع							
	تربیین های دائمی							
	کمیته های مشورتی ذینفع							
	بازخورد آنلاین و جلسات بحث و تبادل نظر							✓
	گردهمایی ذینفعان چندگانه							
دیالوگ، گفتگو عمیق	میزگردهای مشورتی							
	جلسات سیاستگذاری	✓	✓	✓				
	درگیرسازی مجازی در اینترنت و اینترنت							
	انجام پروژه به عنوان یک سرمایه گذاری مشترک					✓		
شرکت ها و منافع کاری	انجام پروژه به عنوان یک پروژه توسعه ای و ماندگار برای ذینفع	✓	✓					
	انجام پروژه به عنوان یک کار نوآورانه و مبتکرانه برای ذینفع	✓	✓					
	انجام پروژه به در قالب یک پیمان با ذینفع							

جدول ۱۰: رویکردها و تکنیک های مورد استفاده برای حمایت طلبی ذینفعان هدف در مسیر اجرا (منطقه ۳) پروژه
نظام ارزیابی مستمر عملکرد بیمارستان

رویکرد	تکنیک	معاون درمان دانشگاه	مدیر گروه	سرپرستار	رئیس بخش
ارتباط یکسویه	به اشتراک گذاری اطلاعات				
	آموزش کارکنان				
	مکاتبات با ذینفعان	✓	✓	✓	✓
	گزارش کارهای انجام شده	✓			
	گزارش های مرتبط در مطالعات خارجی و داخلی				
	اطلاع رسانی از طریق وب سایت ها				
	سخنرانی			✓	✓
	ارائه های کنفرانسی، نمایش ها، اعلامیه ها و ویدئوها				
	جلسات بحث آزاد و جلسات غیر رسمی عمومی				
	تبلیغات رسانه ای				
مشاوره بنیادی	نظرسنجی های پرسشنامه ای				
	گروه های کانون				
	ارزیابی محیط کار				
	کمیته های رسمی ویژه ذینفع				
	تربیین های دائمی				
	کمیته های مشورتی ذینفع				
	بازخورد آنلاین و جلسات بحث و تبادل نظر				
	گردهمایی ذینفعان چندگانه				
دیالوگ، گفتگو عمیق	میزگردهای مشورتی				✓
	جلسات سیاست گذاری				
	درگیرسازی مجازی در اینترنت و اینترنت				
	انجام پروژه به عنوان یک سرمایه گذاری مشترک				
شراکت ها و منافع کاری	انجام پروژه به عنوان یک پروژه توسعه ای و ماندگار برای ذینفع	✓			
	انجام پروژه به عنوان یک کار نوآورانه و مبتکرانه برای ذینفع	✓			
	انجام پروژه به در قالب یک پیمان با ذینفع				

تعامل و حمایت طلبی با ذینفعان هدف در مسیر اجرای پروژه نظام ارزیابی مستمر عملکرد بیمارستان در قالب

جلسات چند نفره صورت گرفت که در ادامه نمونه ای از مباحث مورد گفتگو ارائه می گردد:

برای طی مرحله حمایت طلبی جهت اجرا از روش های مختلفی استفاده شد. یکی از مهمترین روشهای مورد استفاده تشریح سیاست های کلی بیمارستان در حوزه نظام جامع ارزیابی مستمر در جمع کلیه سرپرستاران سوپروایزران و مسئولین واحدها و مدیران بیمارستان بود در ادامه به بخشی از موضوعات طرح شده در این جلسه اشاره می گردد:

رئیس بیمارستان: همانطور که قبلاً هم صحبت کرده بودیم یکی از ضعف های اساسی بیمارستان این بود که زمانی که از طرف نهادهای ستادی و تا خارج از دانشگاهی در خصوص وضعیت عملکرد مورد سوال واقع می شد خیلی نمی توانستیم به صورت محکم شواهد متقن ارائه دهیم. خوشبختانه پروژه ای تحت عنوان طراحی نظام ارزیابی مستمر در بیمارستان شکل گرفت و احتمالاً همه شما در جریان کلیات موضوع هستید. مدیران حوزه های مختلف در تیم مدیریتی بیمارستان به صورت مستمر روی پروژه صحبت کردند و نظراتشان را ارائه دادند و امیدوارم با استقرار این نظام بتوانیم به صورتی بهتر و با دلایل و شواهدی محکمتر عملکرد عالی شما را به نمایش بگذاریم و علاوه بر این یک زیرساخت مناسب برای توسعه و بهبود کیفیت در سطح بیمارستان ایجاد نماییم. از معاون محترم توسعه بیمارستان که زحمت طراحی کلی مدل را کشیدن و فرآیند مربوطه را با همکاری رئیس محترم اداره بهبود کیفیت بیمارستان مدیریت کردند تقاضا می کنم توضیحات بیشتری در این خصوص ارائه بدهند.

معاون توسعه به عنوان مدیر تغییر: ضمن تشکر از صحبت های ارزشمند رئیس محترم بیمارستان همانطور که ایشان هم فرمودند همه شما کم و بیش در جریان موضوع هستید. یادم هست زمانی که این پروژه در ابتدای مسیر بود با برخی از دوستان که برای ایجاد زبان مشترک و تعیین جهت و فرآیند طراحی صحبت می گردیم فرایندی که می خواستیم در این مسیر حرکت کنیم و مدلی که در نهایت برای ارزیابی مستمر در سطح بیمارستان داشتیم حتی برای ما شفاف نبود و در جواب برخی نگرانی ها و سؤالاتی که برخی مدیران از حوزه های مختلف مطرح می کردند می گفتم که ما حتماً باید باهم این پروژه رو جلو ببریم و مراحل طراحی نیازمند یک تشریک مساعی بین حوزه های مختلف در بیمارستان است. امروز خوشحال هستیم که اعلام کنم سامانه ارزیابی مستمر بیمارستان که آماده شده برای استقرار در واقعیت هم با همین تشریک مساعی و با همکاری و همدلی مثال زدنی حوزه های مختلف آماده شد. این یک نمونه موفق هست از پروژه هایی که در واقع با همکاری و تلاش جمعی به ثمر نهشته و انشالله همه حوزه های بیمارستان از نتایج آن در آینده بهره مند خواهند شد. چند نکته مهم رو عرض می کنم و بعد هم پاسخگوی سؤالات و ابهامات احتمالی شما عزیزان خواهم بود. ما سعی کردیم در اجرای پروژه و در مسیر طراحی و تولید سامانه ارزیابی مستمر بیمارستان با نگاه حداکثری همه نظرات رو اعمال کنیم حتماً همه شما بر این موضوع واقف هستید که هر چقدر هم که تلاش بشه همه نظرات اعمال بشه باز ممکنه به دلیل تضادهایی که بین برخی نظرها و ایده ها هست، شاهد باشیم که برخی موارد در سامانه به دلایل مختلف ایجاد نشده باشه. اما من به شما اطمینان میدم بیش از ۸۰٪ مواردی که دریافت شده و

نظراتی که وجود داشته در سامانه ایجاد شده است. البته همه باید بدانیم که کار ۱۰۰ درصدی و کامل و ایده آل نیست بنابراین حتماً نقطه ضعف هایی داره. این نقطه ضعف ها در مسیر اجرا با همکاری شما انشالله کشف خواهد شد با همکاری شما و با نظارت شما اصلاح خواهد شد. پس خواهش می کنم حتماً با این دید به این پروژه نگاه کنید و سعی کنید این رو اصلاح کنید و در یک مسیر توسعه قرار بدید.

موضوعاتی که توسط مدیر پرستاری اعلام شد به شرح زیر بود:

- دسترسی به گزارشات نحوه عملکرد هر یک از بخش ها بر اساس حیطة و مصادیق در بازه های زمانی مختلف
 - توجه به اهمیت بازخورد به موقع و آنلاین به بخش ها
- در مورد پرسشنامه و بازخورد گرفتن و ارائه آن مواردی به شرح زیر توسط معاون آموزش و سلامت و سرپرستاران بخش ها مطرح گردید:**

۱. بستر انجام ارزیابی چیست؟ (دستی یا نرم افزاری)
۲. بعد زمانی انجام ارزیابی ها
۳. نحوه ی جمع بندی و تحلیل و ارائه بازخورد به همراه بازبدهای رندوم

۳-۲) نکات مهم در حمایت طلبی برای اجرا

- به صورت کلی در ارتباط با ذینفعان هدف در مسیر اجرای پروژه می بایست نکات زیر مد نظر قرار گیرد:
- مدیر تغییر می بایست قبل از تعامل با ذینفعان برای اجرا نحوه ارتباط ایشان با پروژه را بررسی و شناسایی نماید.
 - مدیر تغییر می بایست تعیین کند برای هر ذینفع قرار گرفته در ناحیه ۲ و ۳ چه کسی برای حمایت طلبی جهت اجرا بهتر است با ایشان تعامل داشته باشد. این فرد می تواند خود مدیر تغییر یا یکی از ذینفعان کلیدی پروژه باشد.
 - مدیر تغییر باید به درستی استراتژی های تعامل (اجرای تصمیم، پذیرش تصمیم، آموزش، مذاکره و اطلاع-رسانی) با ذینفعان هدف در مسیر اجرای پروژه را شناسایی نماید.
 - شفافیت اهداف و برنامه های انجام پروژه و توجه به تامین منافع ذینفعان توسط مدیر تغییر می تواند منجر به مشروعیت بخشی پروژه در نزد ذینفعان شود.

- مدیر تغییر بایستی شناخت کافی از ذینفعان و انتظارات آن‌ها داشته باشد؛ زیرا کسب رضایت ذینفعان پروژه بدون شناخت و در نتیجه پاسخ مناسب به انتظارات آن‌ها غیرممکن خواهد بود.
- در بیمارستان‌های آموزشی مدیر گروه آموزشی نقش بسیار مهمی در موفقیت یا عدم موفقیت پروژه‌های مرتبط با فراگیران دارد. بر این اساس در پروژه فعلی توجه کامل مدیر گروه آموزشی و سپس استفاده از ایشان برای حمایت طلبی برای اجرا در خصوص اعضای هیات علمی و رئیس بخش بسیار موثر خواهد بود.
- برگزاری جلسات متعدد با مدیر پرستاری و سوپروایزرهای بیمارستان بسیار کلیدی و مهم می باشد. در این جلسات می بایست گزارشات به ایشان بازخورد داده شود. باید مدیریت پرستاری به عنوان اصلی‌ترین حوزه استفاده از اطلاعات تولید شده باشند. ارائه گزارش‌ها نباید حالت مچ گیری و بازخواست سوپروایزران باشد.

فصل چهارم: اجرا، ارزشیابی، بازخورد و پایداری سازی

فهرست مطالب فصل:

- روش اجرا
 - انتخاب شرکت نرم افزاری
 - تحلیل سیستم
 - طراحی سامانه
 - پایلوت و اصلاح اولیه
 - سازماندهی ارزیابان شامل انتخاب ارزیاب، آموزش ارزیاب، برنامه ریزی و استقرار کامل سامانه
 - طراحی قالب گزارشات
- نتایج و یافته های اجرای پروژه
- چالش ها و راهکارهای اجرایی در مسیر اجرای پروژه
- روش های بازخورد به ذینفعان

۴-۱) روش اجرا

در این قسمت به صورت کامل نشان داده شده است که پروژه نظام ارزیابی مستمر عملکرد بیمارستان در مسیر اجرا چه روندی را طی کرده است. عناوین موضوعاتی که در این قسمت ارائه شده است به شرح ذیل می باشد:

- انتخاب شرکت نرم افزاری
- تحلیل سیستم
- طراحی سامانه
- پایلوت و اصلاح اولیه
- سازماندهی ارزیابان شامل انتخاب ارزیاب، آموزش ارزیاب، برنامه ریزی و استقرار کامل سامانه
- طراحی قالب گزارشات

۴-۱-۱) انتخاب شرکت نرم افزاری

موضوع انتخاب یک شرکت نرم افزاری جهت طراحی نرم افزار بر اساس اهداف پروژه نظام ارزیابی مستمر عملکرد بیمارستان در کمیته پایش مجتمع طرح شد. بر همین اساس لیست انتظارات از شرکت و توانمندی‌های مورد نیاز تهیه و شرایط مناقصه با رعایت چارچوب های زیر برگزار گردید.

هدف : مجتمع آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا (ع) درنظر دارد یک سامانه نرم افزاری وب بیس را با رعایت شرایط مندرج در این برگه استعلام را به صورت اجاره، آموزش و پشتیبانی در اختیار بگیرد.

نام سامانه به لحاظ ماهیتی: سامانه ارزیابی مستمر کلیه فعالیت‌های بیمارستان

قابلیت‌های کلی سامانه: این سامانه می بایست امکان ارزیابی مستمر کلیه فعالیت‌های بیمارستانی شامل فعالیت‌های درمانی و مراقبتی و پشتیبانی را دارا باشد. این سامانه می‌بایست امکان ارزیابی حوزه‌های مختلف اعتباربخشی بیمارستان‌های کشور مانند حوزه مراقبت‌های عمومی، مراقبت‌های اورژانس، کنترل عفونت، بهداشت محیط، مراقبت دارویی و رضایت سنجی از بیماران را دارا باشد. این سامانه همچنین می بایست امکان مدیریت فرآیندهای تشویق و کنترل انضباطی را دارا باشد. علاوه بر این کلیه وقایع و حوادث بیمارستان قابلیت ثبت و اطلاع رسانی در این سامانه را داشته باشد.

ویژگی های مورد انتظار از سامانه: جدول زیر ویژگی های مورد انتظار از سامانه را به همراه اهمیت هر کدام نشان می دهد.

جدول ۱۱: ویژگی های مورد انتظار از سامانه

ردیف	ویژگی ها	امتیاز
۱	امکان تعریف بخش های مختلف بیمارستان و گروه بندی بخش ها	۵
۲	دارای محورهای اعتباربخشی (مانند حوزه مراقبت های عمومی، مراقبت های اورژانس، کنترل عفونت، بهداشت محیط، مراقبت های دارویی، تجهیزات پزشکی، بهداشت حرفه ای و رضایت سنجی از بیماران) باشد و امکان اضافه کردن محور و تعریف ارزیاب واجد شرایط برای هر محور را نیز داشته باشد.	۱۰
۳	دارای چک لیست ارزیابی بر اساس محور های ردیف دو باشد (سوالات چک لیست دارای پاسخ صفر و یک باشد).	۲۵
۴	دارای امکان پایش بصورت انتخاب تصادفی سوالات از چک لیست های مختلف برای ارزیاب واجد شرایط باشد.	۱۵
۵	دارای قابلیت ثبت تشویق و کنترل انضباطی و ارسال آن به مراجع تعریف شده در سطح بیمارستان باشد.	۱۵
۶	امکان ثبت کلیه وقایع و حوادث بیمارستان و اطلاع رسانی در این سامانه را داشته باشد.	۱۵
۷	امکان گزارش گیری متنوع و مورد نیاز مدیران را داشته باشد.	۱۵
	جمع	۱۰۰

نحوه انتخاب برنده : با نظر به اینکه ممکن است سامانه ای که در ابتدا همه ویژگی های مورد انتظار را داشته باشد در حال حاضر و در شروع قرارداد وجود نداشته باشد، لذا شرکت کننده می بایست حداقل ۴۰ درصد امتیازات جدول ویژگی ها را بر اساس ارزیابی دفتر بهبود کیفیت مجتمع آموزشی، پژوهشی و درمانی امام رضا(ع) را در زمان شرکت در استعلام کسب نماید.

تعهدات برنده استعلام

- ۱- اجرای کامل موضوع استعلام و بندهای مرتبط به آن.
- ۲- حسن اجرای موضوع استعلام
- ۳- رعایت تمامی استانداردهای امنیتی
- ۴- رعایت تمامی استانداردها و موارد مورد نظر استعلام گذار
- ۵- برنده استعلام متعهد می گردد (در طول مدت قرارداد) نماینده ای به عنوان آنکال جهت پاسخگویی به سوالات و ابهامات کاربران معرفی و شماره تماس نماینده مربوطه را اعلام نماید.
- ۶- چنانچه اشکالات ناشی از مواردی نظیر قطع برق، اشکالات سخت افزاری، حمله ویروس های کامپیوتری و نرم افزار و یا توسط سایر نرم افزارهایی که موضوع این قرارداد نباشد و بدون هماهنگی با برنده استعلام داده های مربوط به نرم افزار موضوع قرارداد را تغییر می دهند اتفاق بیفتد، برنده استعلام نهایت سعی خود را برای احیای اطلاعات در چارچوب مفاد قرارداد انجام خواهد داد که در این صورت مسئولیت صدمه دیدن احتمالی داده ها و یا از بین رفتن آنها مستقیماً متوجه استعلام گذار می باشد که در این حالت بدیهی است سیستم بلافاصله با آخرین وضعیت ممکن، راه اندازی می شود.

۷- بروزرسانی و نصب پکیج های جدید نرم افزار روی سرورها با رعایت ملاحظات امنیتی و کاربردی استعمال

گذار

۸- مالکیت اطلاعات وارد شده در بخش های مختلف سیستم موضوع قرارداد متعلق به استعمال گذار می باشد. برنده استعمال متعهد می شود که کلیه اسناد و مدارک و اطلاعات مربوط به استعمال گذار و بطور کلی هر سند عادی یا رسمی مربوط به قرارداد را محرمانه تلقی نموده و از افشای آن به غیر، بدون هماهنگی با استعمال گذار خودداری نماید.

۹- برنده استعمال ملزم به حفظ کلیه اطلاعاتی است که توسط استعمال گذار در اختیار وی قرار می گیرد و متعهد می گردد که در هیچ زمانی، هیچ یک از آنها را برای اشخاص ثالث افشاء نکرده و یا در اختیار آنها به جزء در رابطه با ارائه خدمات تحت این قرارداد بدون رضایت کتبی و قبلی استعمال گذار قرار ندهد. (تعهدات محرمانه مرتبط با این قرارداد بایستی بعد از اتمام یا فسخ قرارداد همچنان به قوت خود باقی بماند).

۱۰- برنده استعمال متعهد است در طول مدت قرارداد، خدمات مشاوره ای و پیشنهادات فنی خود را اعم از نرم افزارها، سخت افزارها، تجهیزات، ابزارهای مورد نیاز درخصوص استفاده بهینه از نرم افزار را کتبا به استعمال گذار ارائه نماید و گزارشی از عملکرد خود را پایان هر ماه به صورت مستند به استعمال گذار ارائه دهد.

۱۱- برنده استعمال متعهد است یک نفر را به عنوان نماینده تام الاختیار جهت انجام موضوع قرارداد کتبا به استعمال گذار معرفی نماید.

۱۲- برنده استعمال تحت هیچ شرایطی حق واگذاری تمامی یا بخشی از موضوع قرارداد را به غیر ندارد.

۱۳- تامین نیروی فنی و دارای تخصص جهت انجام موضوع واگذاری به عهده برنده استعمال می باشد و وی ملزم به رعایت قانون کار، آیین نامه های مربوط به مالیات ها و عوارض و نکات ایمنی حین انجام کار در مورد نیروهای خود می باشد. بدیهی است کلیه مسئولیت های قانونی در این خصوص به عهده برنده استعمال می باشد.

۱۴- هزینه غذا، ایاب و ذهاب و اقامت نیروهای برنده استعمال به عهده وی می باشد.

۱۵- برنده استعمال در تمام موضوعات تخصصی و کاری قرارداد بعنوان یک مشاور صادق و امین استعمال گذار عمل کرده و تمام تجارب و امکانات فنی و تکنیکی و مهارت هایی را که بطور معمول برای عرضه بهتر خدمات موضوع قرارداد مورد نیاز می باشد را فراهم خواهد نمود.

۱۶- برنده استعمال متعهد به رعایت کامل مقررات داخلی استعمال گذار بوده و مسئولیت ناشی از نقض مقررات مزبور را به عهده می گیرد.

۱۷-استعلام گذار می بایست درخواستهای توسعه در زیر سیستم های مشمول این بند را به صورت کتبی به برنده استعلام اعلام نماید . برنده استعلام نیز موظف است در خصوص موارد اعلام شده از طریق استعلام گذار حداکثر بعد از یک هفته ، تاریخ تخمینی اجرا را به صورت کتبی به استعلام گذار اعلام نماید و در صورت تایید استعلام گذار نسبت به اجرای آن طبق گانت چارت توافق شده اقدام نماید .

۱۸-مسئولیت پاسخگویی و رفع اشکال آنکال زیر سیستم های (موضوع قرارداد) بعهدہ استعلام گذار می باشد و برنده استعلام موظف است گزارش تماس ها و خدمات انجام شده را ماهیانه به استعلام گذار اعلام نماید.

تبصره ۱ : گزارش ها هر ماه می بایست ضمیمه چک لیست ارزشیابی باشد .

تعهدات استعلام گذار :

۱- معرفی نماینده ای تام الاختیار و آشنا به امور اداری، نرم افزار، تعاریف و تنظیمات شبکه از طرف استعلام گذار به برنده استعلام به عنوان مدیرسیستم جهت انجام هماهنگی ها و نیز دریافت توصیه های لازم برای راهبری و نگهداری سیستم

۲- انجام توصیه های فنی برنده استعلام درخصوص نگهداری و راهبری سیستم

۳- آماده سازی محیط و هماهنگی ها جهت نصب و عملیاتی نمودن سیستم

۴- تهیه تجهیزات مورد نیاز شامل سخت افزار، شبکه، فضا و تجهیزات آموزشی (در حد امکانات موجود)

۵- برقراری امکان دسترسی به نرم افزار و اطلاعات ثبت شده در آن جهت انجام کنترل ها، تنظیمات لازم، رفع مشکلات و بروزرسانی سیستم

۶- رفع مشکلات ناشی از قطعی ارتباطات و یا اختلالات شبکه، مربوط به سرورها و ایستگاه های کاری

۷- پرداخت ۵۰ درصد از هزینه گواهی ارزیابی امنیت محصول نرم افزاری موضوع استعلام با برنده استعلام میباشد.

۲-۱-۴) تحلیل سیستم

جلسات تحلیل سیستم با محوریت سوالات زیر برگزار شد.

- ما از این نرم افزار چه قابلیت هایی را انتظار داریم؟
- این قابلیت ها در چه دسته هایی قابل ساماندهی هستند؟
- فرآیند ارزیابی به چه صورت خواهد بود و در نرم افزار باید به چه صورت پیاده سازی گردد؟

سوالات فوق نقطه شروع اولین جلسه تیم مدیریت پژوهش و شرکت طرف قرار داد بود در مجموع ۲۰ جلسه دو ساعته

برگزار شد و محورهای مورد بررسی در این جلسات به شرح ذیل بود:

ا. موضوعات مرتبط با امنیت سامانه شامل:

- هویت شناسی با نام کاربری و گذرواژه
- مکانیزم Single Sign-on
- مجازشناسی
- مدیریت کاربران
- تنظیمات امنیتی
- ثبت وقایع و عملکرد کاربران

ب. موضوعات مرتبط با کاربری سامانه

- صحت سنجی اطلاعات
- سرعت و سهولت کاربری، تعامل و پاسخگویی
- امکان سفارشی سازی ظاهر و عملکرد
- پشتیبانی
- فرم‌های راستچین
- تقویم جلالی

ج. موضوعات مرتبط با مدیریت فرایندهای بیمارستانی در حوزه ارزیابی مستمر

- تعریف و مدیریت گردش کار بین ایستگاه های کاری
- مشاهده کلیه کارهای شخصی از انواع مختلف در کارتابل واحد
- پشتیبانی از روش‌های متنوع تخصیص کار به افراد و سمت‌ها
- پشتیبانی از الگوهای مختلف فرآیندها
- امکان نصب بر روی سیستم‌های مختلف (کامپیوتر، لب تاب، موبایل)

د. موضوعات مرتبط با گزارش ها

- استخراج اطلاعات از داده‌های ذخیره شده
- ارائه در فرمت‌های استاندارد: Excel، PDF، Html
- تولید قالب‌های قابل چاپ
- امکان مشاهده آخرین وضعیت (Business Dashboard)

- امکان تولید گزارشات جدید (گزارشات پویا)
- امکان زمان بندی اجرای گزارشات
- امکان ارسال گزارشات از طریق رایانه
- جستجو و مشاهده
- ویرایش
- حذف

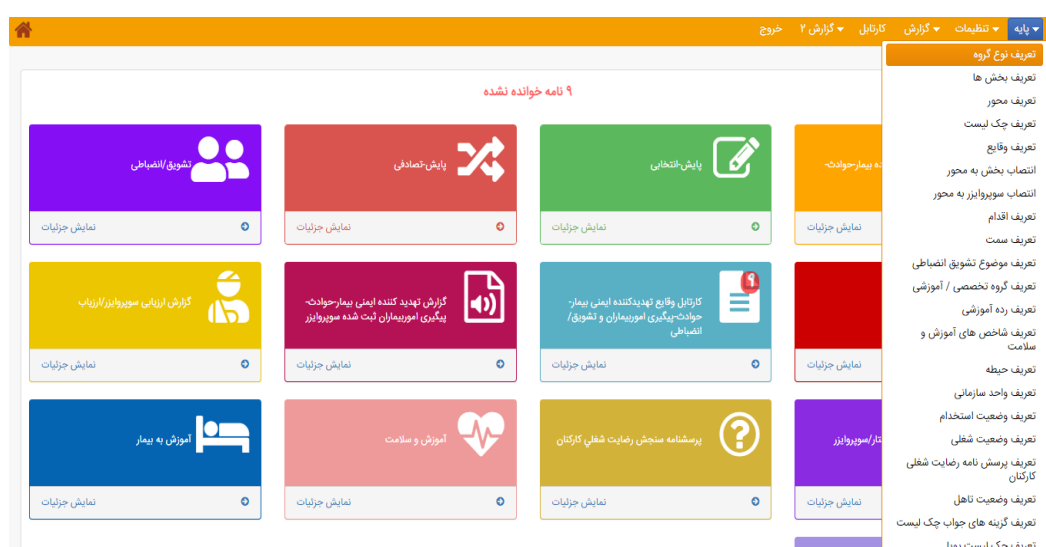
۳-۱-۴) طراحی سامانه

با استفاده از نتایج حاصل از تحلیل سیستم، عوامل ذیل به عنوان چارچوب اصلی طراحی سامانه در تیم مدیریت پروژه انتخاب و بعد از تایید در کمیته پایش مبنای طراحی سامانه ارزیابی عملکرد بخش ها و واحد ها قرار گرفت.

- آنلاین بودن و همیشه در دسترس بودن
- سادگی در استفاده از سامانه برای تمامی افراد
- بدون نیاز به نصب هیچ برنامه‌ای
- تحت اینترنت و بدون مرز جغرافیایی
- آپدیت اطلاعات در لحظه برای همه
- سرعت و امنیت بسیار بالا و پشتیبان گیری خودکار
- در صورت نیاز به بروزرسانی، آنی و در لحظه برای همه مشتریان انجام می‌شود.
- قابل اتصال به سایر سامانه‌ها، نرم‌افزارها و ... به صورت آنی
- عدم نیاز به سیستم فیزیکی برای نصب و اجرا
- امکان شخصی سازی قابلیت‌ها و خدمات بنا به نیاز شما
- بهینه شده برای نمایش و اجرا در تلفن همراه و تبلت
- ایجاد سطوح دسترسی مختلف برای کاربران

ابتدا هماهنگی لازم با ای تی بیمارستان صورت پذیرفت و امکان لازم جهت استقرار سامانه در فضای سرور مجتمع، همچنین دسترسی مجاز برای شرکت طراح داده شد. نمای صفحه اصلی بر روی کاغذ رسم و چگونگی دسترسی‌ها و صفحه بندی‌ها، تعاریف کاربران، مصادیق ها و محورها و گزارشات انتخاب گردید. سپس چارچوب اصلی سامانه بر اساس طراحی

دستی پیشنهادی تیم مدیریت پژوهش توسط شرکت طرف قرار داد طراحی شد. در این مرحله سعی شد سامانه به نحوی طراحی شود تا بیشترین سطح مدیریت برنامه شامل (امکان تعریف مصادیق، محورها، بخش ها و افراد و سطح دسترسی ها توسط کارشناسان اداره برنامه ریزی و بهبود کیفیت انجام شود. در گام بعد با توجه به نتایج نهایی حاصل از گام دوم در فصل دو، مصادیق و محورهای شناسایی شده در سامانه بارگزاری گردید و سامانه به مرحله بهره برداری اولیه رسید. یکی از مهمترین رویکردها در طراحی سامانه، امکان ثبت و گزارش آنلاین ارزیابی های انجام شده با ذکر تاریخ و ساعت و همچنین فرد ارزیابی کننده بود. نمای گزارشات با همکاری یک نفر مشاور آمار در تیم مدیریت پروژه تکمیل و طراحی گردید و بر مبنای سطح دسترسی افراد امکان مشاهده آن ایجاد شد.



شکل ۷: امکانات سامانه ارزیابی

شکل ۸: صفحه مدیریت کاربران در سامانه ارزیابی مستمر

۴-۱-۴) پایلوت و اصلاح اولیه

همچنین بعد از طراحی اولیه نمای ارزیابی هر محور دسترسی به اعضای نشست متخصصان داده شد و بعد از یک بار ارزیابی توسط ایشان موضوعات طرح شده، بررسی و رفع گردید. در گام بعد، از ارزیابان خواسته شد در یک محور و بر اساس برنامه تعریف شده در سطح مجتمع، ارزیابی را انجام دهند و گزارشات خطاها و مشکلات پیش آمده در کاربری سامانه و یا در هنگام حضور میدانی در بخش‌ها و واحدها جمع‌آوری شد. سپس این گزارشات در تیم مدیریت پروژه بررسی و برنامه‌ریزی جهت رفع آن صورت پذیرفت. در صورتی که موضوع جهت رفع، نیاز به تصمیم‌گیری در سطح مدیران ارشد داشت، در تیم مدیریتی بیمارستان طرح و تصمیم‌گیری گردید.

۴-۱-۵) سازماندهی ارزیابان شامل انتخاب ارزیاب، آموزش ارزیاب، برنامه ریزی و استقرار کامل

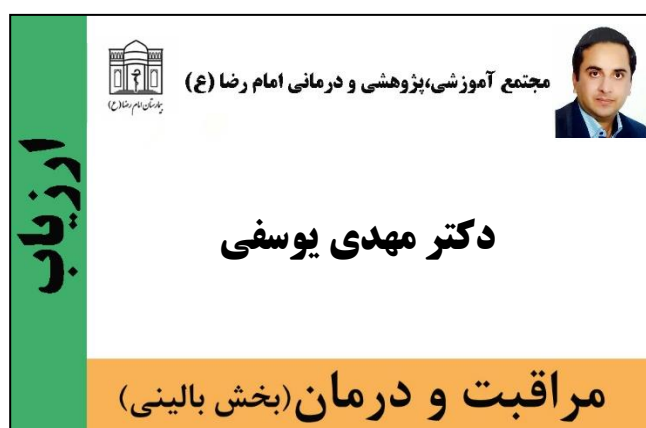
سامانه

دستیابی به داده‌های صحیح علاوه بر اینکه به وجود یک ابزار موثر وابسته است، به روش جمع‌آوری داده‌ها نیز وابسته می‌باشد. یکی از محورهای مهم نظام ارزیابی مستمر عملکرد بخش‌ها و واحدها، ارزیابان هستند. مهمترین مصادیقی که در کمیته پایش و سنجش کیفیت برای شناسایی ارزیابان مد نظر قرار گرفته، عبارت بودند از: مهارت کافی، رفتار حرفه‌ای، رفتار اخلاقی، داشتن دانش و آگاهی کافی در حیطه ارزیابی، دقیق بودن و وقت شناسی، مسئولیت پذیری و پاسخگویی مناسب، دارا بودن مهارت‌های ارتباطی، بی طرفی و در نظر نگرفتن سود و نفع شخصی، پایبندی به استانداردها، داشتن مهارت‌های قضاوت و تحلیل، آگاهی به استانداردهای اعتباربخشی بیمارستان‌های کشور و علاقه مندی به مشارکت در فرآیند ارزیابی.

ارزیابان پروژه حاضر شامل افراد زیر می‌باشند:

- سوپروایزران
- سرپرستاران
- کارشناسان اداره برنامه ریزی و بهبود کیفیت
- پرستاران خبره از بخش‌های داخلی، جراحی، ای سی یو ها، اطفال و اورژانس
- کارشناسان خبره از اتاق‌های عمل
- کارشناسان خبره از واحدهای پشتیبان (بهداشت محیط، مدیریت اطلاعات سلامت، تجهیزات پزشکی، تغذیه، تاسیسات و ساختمان و ...)

بعد از شناسایی ارزیابان لیست اسامی ایشان در سامانه ارزیابی مستمر وارد شد و برای هر یک از ارزیابان نام کاربری و رمز عبور ایجاد و انتصاب محورها به ارزیابان بر اساس حوزه های تخصصی مربوط به هر ارزیاب توسط اداره برنامه ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت مجتمع انجام شد. علاوه بر این یک نفر به عنوان سرارزیاب تعیین شد که مسئولیت هماهنگی و نظارت بر ارزیابی های گروه ها را از لحاظ زمان انجام ارزیابی ها، کیفیت انجام آن و پاسخگویی به سوالات احتمالی ارزیابان در خصوص کار با سامانه و یا مصادیق بر عهده داشت. تیم ارزیابان به رهبری سرارزیاب در بازه زمانی تعیین شده و با استفاده از سامانه ارزیابی مستمر از بخش ها بازدید بعمل آوردند. ارزیابان موظف بودند در هنگام ورود به بخش ها، خود را به مسئول هر شیفت معرفی نموده و هماهنگی لازم را جهت انجام ارزیابی را با در نظر گرفتن شرایط بخش در زمان بازدید به عمل آورند.



شکل ۹: نمونه کارت شناسایی ارزیابان

آموزش و توانمندسازی ارزیابان نقش بسزایی در دستیابی به اهداف ارزیابی دارد. اگر بهترین استانداردها و مناسب ترین روش به کار گرفته شود، ولیکن ارزیابان از دانش و مهارت لازم برخوردار نباشند، سیستم ارزیابی اثربخش نخواهد بود. ارزیابان باید هم از نظر فنی و هم از نظر کارکردی آموزش های لازم را دریافت نمایند (۲۳). مهارت های عمومی و اختصاصی ارزیابان در این پروژه که محتوای آموزشی بر اساس آن تهیه شد در جدول زیر گزارش شده است.

جدول ۱۲: مهارت های عمومی و اختصاصی ارزیابان و روش آموزشی

مهارت مورد نیاز	روش آموزش	تایید کننده
رعایت سلسله مراتب اداری در انجام امور محوله	جلسات آموزشی (گروهی)	اداره برنامه ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت
حفظ اصل رازداری و امانتداری در اطلاعات	جلسات آموزشی (گروهی)	اداره برنامه ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت
رعایت آداب و شئون حرفه ای در تعامل با همکاران و سایر مراجعین (بیماران، همراهان، دانشجویان...)	جلسات آموزشی (گروهی)، آموزش (OJT)	اداره برنامه ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت
رعایت اصل کار تیمی و احترام به جو مشارکت و همکاری	جلسات آموزشی (گروهی)	اداره برنامه ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت
رعایت آراستگی ظاهر با حفظ شئون و موازین اسلامی بر اساس فرم های تعیین شده	جلسات آموزشی (گروهی)	اداره برنامه ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت
نصب اتیکت شناسایی مورد تایید مرکز و متحدالشکل برای کلیه گروه ها	جلسات آموزشی (گروهی)	اداره برنامه ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت
رعایت حقوق دیگران و پرهیز از رفتارهای غیراداری	جلسات آموزشی (گروهی)	اداره برنامه ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت
مسئولیت پذیری و پاسخگویی مناسب	جلسات آموزشی (گروهی)	اداره برنامه ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت
بی طرفی و در نظر نگرفتن سود و نفع شخصی	جلسات آموزشی (گروهی)	اداره برنامه ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت
مشاهده گر و ثبت کننده دقیق	جلسات آموزشی (گروهی)	اداره برنامه ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت
رفتار حرفه ای (دقت، پایبندی به استانداردها، رازداری، امانتداری، عدم اخلال در روند جاری کارها، عدم توصیه پذیری)	جلسات آموزشی (گروهی)	اداره برنامه ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت
رفتار اخلاقی (انصاف، صداقت، درستکاری، ادب و نزاکت در برخورد، عدم اهانت و عصبانیت، رعایت ملاحظات فرهنگی و اجتماعی)	جلسات آموزشی (گروهی)	اداره برنامه ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت
داشتن دانش و آگاهی کافی در حیطه ارزیابی	جلسات آموزشی (گروهی)	اداره برنامه ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت
توانایی تشخیص نقاط حیاتی از نقاط کم اهمیت	جلسات آموزشی (گروهی)	اداره برنامه ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت
پایبندی به استانداردها	جلسات آموزشی (گروهی)	اداره برنامه ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت
دقیق بودن و وقت شناسی	جلسات آموزشی (گروهی)	اداره برنامه ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت
دارا بودن مهارت های ارتباطی	جلسات آموزشی (گروهی)، آموزش (OJT)	اداره برنامه ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت
داشتن مهارت های قضاوت و تحلیل (توانایی ثبت و طبقه بندی رفتارهای مشاهده شده شنونده خوب بودن، توانایی تحلیل رفتار و پاسخ دیگران با استاندارد مورد ارزیابی)	جلسات آموزشی (گروهی)، آموزش (OJT)	اداره برنامه ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت
هوشیار بودن (توجه به اتفاقات محیط بدون واکنش و به طور نامحسوس)	جلسات آموزشی (گروهی)	اداره برنامه ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت
دارا بودن مهارت گزارش دهی	جلسات آموزشی (گروهی)، آموزش (OJT)	اداره برنامه ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت
آشنایی با نحوه بکارگیری سامانه ارزیابی مستمر بر اساس مقررات و روش های تعیین شده	جلسات آموزشی (گروهی)، آموزش (OJT)	اداره برنامه ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت
حضور در برنامه های پایش مستمر بر اساس برنامه ریزی صورت گرفته	جلسات آموزشی (گروهی)، آموزش (OJT)	اداره برنامه ریزی، ارزیابی و بهبود کیفیت

¹ On the job training

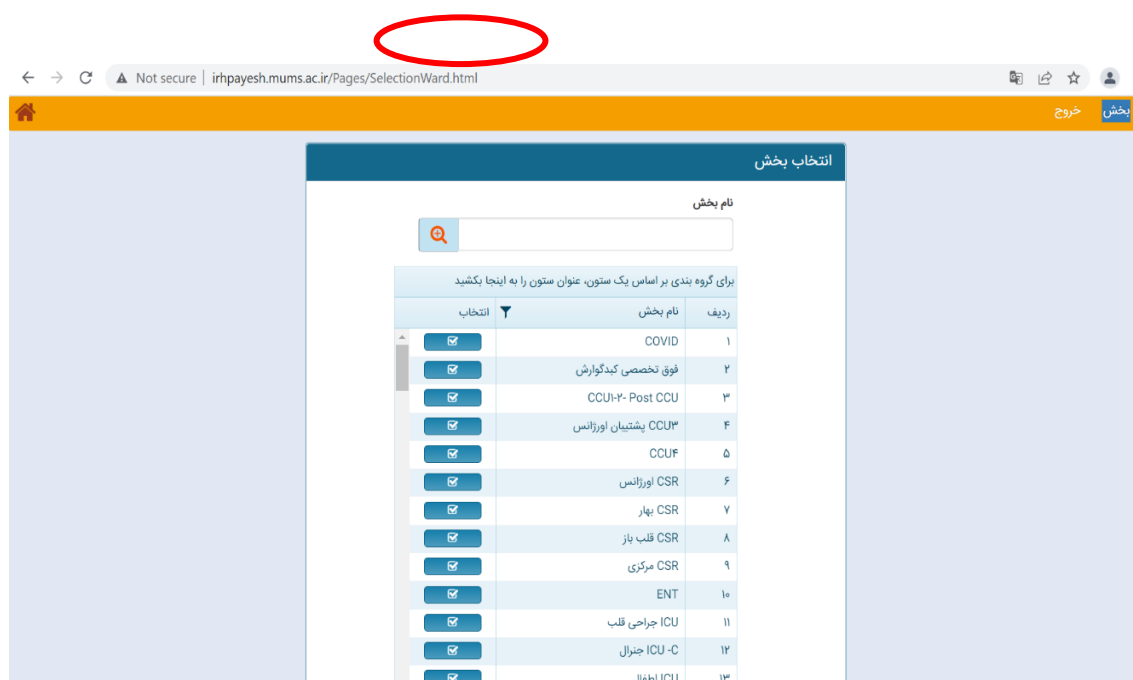
چهارچوب ارزیابی و نکات مهم در فرآیند ارزیابی توسط ارزیابان شامل موارد زیر می باشد:

- برنامه بازدید به صورت ماهانه توسط سرارزیاب برنامه ریزی و اعلام میگردد.
- در صورت عدم امکان حضور در موعد مقرر ارزیابی و نیاز به تغییر زمان حتما با سرارزیاب هماهنگ گردد.
- سعی شود پایش به صورت محسوس انجام گردد.
- بازدید ها در کلیه شیفت ها به ویژه در شیفت های عصر و شب برنامه ریزی می شوند.
- حداقل مدت زمان بازدید در بخش نیم ساعت باشد.
- زمان حضور در شیفت تعیین شده توسط خود ارزیاب قابل تنظیم می باشد.
- کلیه سوالات مرتبط با این محور قبل از انجام بازدید مطالعه شود.
- در صورت مشاهده ۶۰٪ عدم تطابق با استاندارد نمره صفر لحاظ می شود.
- موارد عدم انطباق که نیازمند اقدام اصلاحی میباشد یادداشت و تحویل سرارزیاب می گردد(در فرم تحویلی).
- تمامی سوالات تا حد امکان در ارزیابی بررسی گردد.
- در صورت عدم مشاهد موارد مرتبط با مصادیق، گزینه مربوط به آن مصادیق تیک زده نشود.
- در صورت درخواست فراگیر، رئیس بخش یا مسئول شیفت گزارش ارزیابی و موارد قوت و ضعف به ایشان اعلام گردد.

در ادامه به صورت شماتیک نحوه ورود به سامانه ارزیابی مستمر توسط ارزیاب و انجام ارزیابی نشان داده شده است:



شکل ۱۰: ورود به سامانه ارزیابی مستمر



شکل ۱۱: انتخاب بخش مورد نظر از طریق انتخاب لیست در سامانه ارزیابی مستمر

انتخابی
تصادفی
وقایع
تشریح/انضباطی
کارکنان
آموزش به بیمار
ایمنی
کلین
بخش

فرم پایش انتخابی

نام بخش
سوختگی زنان

نام محور
انتخاب نمایید

Q

مدیریت مصاحبات سلامت
مدیریت خطا
مدیریت دارویی
مراقبت موردی
مراقبت های اورژانس
مراقبت های بیهوشی و جراحی
مراقبت های جاد
مراقبت های عمومی و بالینی
مستندات پرونده
هموویزیولانس

شکل ۱۲: انتخاب بخش و محور ارزیابی در سامانه ارزیابی مستمر

انتخابی تصادفی وقایع تشویق/انضباطی کارکنان آموزش به بیمار ایمنی کابین بخش

فرم پایش انتخابی

نام بخش: سوختگی زنان

نام محور: مراقبت های عمومی و بالینی

ذخیره چک لیست

شخص	جواب
۱. پزشک اولین ارزیابی بیمار را در محدوده زمانی تعیین شده بخش انجام می دهد.	بله ☒ خیر ☐
۲. کارشناس پرستاری فرم ارزیابی اولیه بیمار را در محدوده زمانی تعیین شده انجام می دهد.	بله ☒ خیر ☐
۳. پزشک خود را به بیمار معرفی می نماید. (بیمار پزشک خود را می شناسد)	بله ☐ خیر ☒
۴. پرستار / ماما/ کارشناس در هر شیفت خود را به بیمار معرفی می نماید.	بله ☒ خیر ☐
۵. در حین انجام پروسیجرهای که نیازمند حفظ حریم خصوصی است (تعویض پانسمان، سونداژ و ...) پرده ها کشیده شده یا پاروان گذاشته می شود.	بله ☒ خیر ☐
۶. کارکنان از نحوه دریافت دستورات تلفنی آگاهی دارند.	بله ☒ خیر ☐
۷. سیر بیماری بصورت روزانه توسط پزشک در پرونده بیمار نوشته است.	بله ☒ خیر ☐
۸. پرستار برنامه مراقبتی بیمار را به صورت مستمر در هر شیفت پایش و در پرونده بیمار ثبت می نماید.	بله ☒ خیر ☐
۹. انتقاد، دهنه و بیهوشی، بیمار، بصورت استاندارد انجام می شود.	بله ☐ خیر ☒

شکل ۱۳: امتیازدهی مصادیق و ذخیره اطلاعات در سامانه ارزیابی مستمر

۶-۱-۴) طراحی قالب گزارشات

از آنجا که یکی از اهداف اصلی ارزیابی عملکرد بخش ها و واحدها ارائه بازخورد به موقع و موثر به ایشان و ایجاد فرصت بهبود بود، گزارشات اولیه توسط تیم مدیریت پروژه در اداره برنامه ریزی و بهبود کیفیت طراحی شد. سپس دسترسی به گزارشات اولیه بر حسب موضوع به صاحبان فرآیند و مدیران و معاونین مرتبط ایجاد شد. پس از بررسی گزارشات نظرات و پیشنهادات کاربران جمع آوری و در حد امکان و نیاز رفع گردید. نقطه قوت گزارشات قابلیت مشاهده آنلاین در کارتابل افراد همچنین قابلیت ایجاد گزارشات در نرم افزار اکسل بود.

پایه تنظیمات گزارش کارتابل خروج

۹ نامه خوانده نشده

تشویق/انضباطی	پایش تصادفی	پایش انتخابی
نمایش جزئیات	نمایش جزئیات	نمایش جزئیات
گزارش ارزیابی سوپروایزر/ارزیاب	گزارش تهدید کننده ایمنی بیمار-حوادث-پیگیری اموریبماران ثبت شده سوپروایزر	کارتابل وقایع تهدیدکننده ایمنی بیمار-حوادث-پیگیری اموریبماران و تشویق/انضباطی
نمایش جزئیات	نمایش جزئیات	نمایش جزئیات
آموزش به بیمار	آموزش و سلامت	پرسشنامه منجشی رضایت شفاهی کارکنان
نمایش جزئیات	نمایش جزئیات	نمایش جزئیات

۱- گزارش ارزیابی (ماب)
۲- گزارش حوادث/وقایع تهدید کننده حیات بیمار/پیگیری امور بیماران
۳- گزارش تشویق/انضباطی
۴- گزارش ارزیابی (شاب)
۵- گزارش فراوانی رویدادها به تفکیک بخش
۶- گزارش فراوانی رویدادها
۷- گزارش فراوانی رویدادها به تفکیک فوریت
۸- گزارش فراوانی رویدادها به تفکیک درصد ثبت وقایع به تفکیک رویداد و کاربر ثبت کننده
۹- گزارش درصد ثبت وقایع به تفکیک رویداد و ارجاع گیرندگان
۱۰- گزارش درصد ثبت وقایع به تفکیک رویداد و شیفت
۱۱- گزارش امتیاز زیرمحوورها
۱۲- گزارش کلی فراوانی رویدادها به تفکیک فوریت
۱۳- گزارش امتیاز شاخص ها
۱۴- گزارش چک لیست هابه تفکیک زیرمحو
۱۵- گزارش ایمنی/محور بخش
۱۶- گزارش تشویق/کنترل انضباطی-حراست
۱۷- گزارش ایمنی/شاخص بخش

شکل ۱۴: نمای دسترسی به گزارشات در سامانه ارزیابی مستمر

چاپ جستجو اکسل

شکل ۱۵: یک نمونه از گزارشات در سامانه ارزیابی مستمر

۲-۴) چالش‌ها و راهکارهای اجرایی در مسیر اجرای پروژه

- چالش: عدم همکاری بعضی از سرپرستان با حضور نیروها در گروه ارزیابی
 - راهکار: چیش ارزیابان در برنامه ارزیابی به نحوی که با شیفت های اصلی ایشان تداخلی نداشته باشد
 - راهکار: تدوین دستورالعمل پرداخت به ارزیابان مبتنی بر عملکرد و بدون نیاز ثبت ساعات کاری از طرف و

بخش‌ها

- چالش: عدم همکاری / پاسخگویی بعضی از بخش‌ها و واحدها با ارزیابان
 - راهکار: ارسال ابلاغ برای هر یک از ارزیابان با امضا رئیس مجتمع
 - راهکار: ارائه گزارش نتایج ارزیابی بخش‌ها در بازدیدهای ایمنی مدیریتی و در نتیجه ایجاد الزام به همکاری

بخش‌ها

- راهکار: معرفی top10 ها بر اساس نتایج ارزیابی، در وب سایت مجتمعه و ایجاد انگیزه در بخش‌ها

- چالش: فشار به ارزیابان از سمت سرپرستار، سوپروایزر و مدیر سایت در خصوص امتیاز دهی
 - راهکار: عدم استفاده از ارزیابان در سایت‌ها و بخش‌های محل فعالیت

- چالش: ناکافی بودن مسیرهای ارتباطی با مدیریت مجتمع

○ راهکار: یکی از امکانات موجود در سامانه ارزیابی مستمر مجتمع نظام ارائه ی پیشنهادات داخلی (کایزن) جهت بهبود مستمر فرایندهای اجرایی می باشد. در این قسمت از سامانه امکان درج هر گونه پیشنهاد در جهت ارتقاء فرآیند ارزیابی عملکرد بخش ها و واحدها از طریق مدیران گروه های آموزشی، روسای بخش های بستری و مدیران پایه و میانی و کلیه کارکنان فراهم بود. پیشنهادات ارسالی بعد از کارشناسی اولیه در پایش و سنجش کیفیت طرح و اقدامات اصلاحی مقتضی برنامه ریزی گردید.

- چالش: عدم انگیزه ارزیابان برای مشارکت

○ راهکار: جبران خدمت ارزیابان در هر ماه به همراه اضافه کار بر اساس دستورالعمل تدوین شده بدون نیاز به ثبت ساعت حضور

۳-۴) روش های بازخورد به ذینفعان

بازخورد در عرصه ارزیابی عنوان اطلاعات مشخص در مورد مقایسه بین عملکرد مشاهده شده و یک استاندارد، با هدف بهبود عملکرد بخش ها و واحد ها تعریف شده است (۲۴). بازخورد سازنده یک جنبه مهم در بهبود عملکرد بالینی و مهارت های ارتباطی کمک می کند و از ارکان مهم در مقوله یاددهی و یادگیری نیز می باشد (۲۵، ۲۶). نتایج مطالعه ای در انگلستان نشان داده است که بازخورد اهداف را روشن و عملکرد مثبت را تقویت کرده و مبنایی برای تصحیح خطاها فراهم می کند. بازخورد باید به عنوان یک فعالیت آموزشی ضروری در نظر گرفته شود (۲۷). بازخوردی که ارزیابی کنندگان پس از تعامل با بخش ها ارائه می دهند علاوه بر در اختیار گذاشتن اطلاعات جهت بهبود مهارت ها، منجر به آگاه سازی از نقاط ضعف خویش خواهد شد (۲۸). در زمینه روش های انتشار و بازخورد در طراحی نظام ارزیابی مستمر عملکرد بخش ها و واحدها سعی بر این بود که با ایجاد یک چارچوب و در نظرگیری ویژگی های بازخورد موثر، از ساز و کارهای انتشار و بازخورد مشتمل بر ارسال ایمیل، نامه، جلسات درون گروهی، راندهای صبحگاهی، گروه های مجازی و انعکاس در وب سایت بیمارستان با ارائه خلاصه ای از نتایج ارزیابی عملکرد بخش ها و واحدها بهره گرفته شود.

ارزیابی بخش ها و واحدها طبق برنامه زمان بندی شده از بخش ها و واحدهای بیمارستان توسط ارزیابان آموزش دیده در شیفت های مختلف کاری (صبح، عصر و شب) و به صورت سرزده انجام و در سامانه مذکور ثبت شد.

نحوه انجام ارزیابی نیز بر اساس راهنمای تدوین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران بود. در هر بار ارزیابی نتایج از طریق پنل کاربری رؤسای بخش ها، سرپرستاران/ مسئولین واحدها، سوپروایزران، مدیران پرستاری سایت ها،

مدیر پرستاری مجتمع، معاونین و رئیس مجتمع اطلاع رسانی گردید و طبق نامه‌ای رسمی از طریق اتوماسیون اداری از ایشان درخواست گردید تا موارد قابل بهبود را در جلسات گروه طرح و جهت ارتقاء آن برنامه‌ریزی نمایند. همچنین کلیه مصادیقی که نمره آن کمتر از ۶۰ شده بود به تفکیک هر بخش در داشبورد مدیریتی سرپرستار/ مسئول و رییس بخش بارگزاری شد.

بخش‌ها پس از بررسی نتایج و گزارشات سامانه ارزیابی مستمر موضوعات را در جلسات درون‌گروهی طرح نموده و به اصلاح موارد، تاکید ورزیدند. در دوره‌های بعدی ارزشیابی نیز همین فرآیند ادامه داشت و به صورت مستمر به گروه‌های آموزشی (به صورت گزارشات تحلیلی، بر اساس فرد، رده آموزشی و گروه آموزشی) بازخورد ارائه گردید. همچنین نتایج ارزیابی‌های انجام شده در بازدیدهای مدیریتی ایمنی هر بخش طرح و تصمیم‌گیری لازم در خصوص نقاط قابل بهبود انجام گرفت.

۴-۴ یافته‌های اجرای پروژه

در این قسمت برخی از شاخص‌های عملکردی بر اساس یافته‌های حاصل از سامانه ارزیابی عملکرد مستمر بیمارستان و مزایای حاصل از آن ارائه شده است.

۴-۴-۱ شاخص‌های عملکردی بر اساس یافته‌های حاصل از سامانه ارزیابی عملکرد مستمر بیمارستان

جدول ۱۳: مقایسه تعداد ارزیابی‌ها با قبل

دوره	قبل از اجرای پروژه	۱۳۹۸	۱۳۹۹
تعداد ارزیابی‌ها	هر محور دو بار در سال در هر بخش مورد ارزیابی قرار می‌گرفت	۸۱۵۸	۶۸۴۵

جدول ۱۴: بهبود عملکرد در مواردی که سامانه ارزیابی روی آنها تار داشته است

محور	قبل از اجرای پروژه	۱۳۹۸	۱۳۹۹
مراقبت‌های حاد	۴۲	۷۱,۷	۷۷,۷
مراقبت‌های اورژانس	۶۸	۸۶,۴	۹۱
مراقبت‌های عمومی و بالینی	۷۷	۷۸,۱	۸۲,۵
مراقبت‌های بیهوشی و جراحی	۷۵	۸۹	۸۴
حقوق گیرنده خدمت	۷۴	۸۵,۱	۸۷,۳
تجهیزات پزشکی	۷۴	۸۳	۸۸,۳
بهداشت محیط-مدیریت پسماند	۷۸	۸۲,۳	۸۸,۴
مستندات پرونده	۸۳	۸۱,۹	۸۲,۱
تسهیلات و اقامت	۷۷	۷۹,۵	۸۴,۹
مدیریت خطا	۶۳	۷۴,۶	۷۴,۵
کنترل عفونت	۶۸	۶۸,۴	۸۱,۲
بهداشت حرفه‌ای	۵۸	۶۵,۲	۸۴,۶
مراقبت از بیمار مشکوک/مبتلا به کرونا	-	۶۰,۸	۶۹,۴

جدول ۱۵: تعداد ارزیابی‌ها در شیفت عصر و شب

شیفت	قبل از اجرای پروژه	۱۳۹۸	۱۳۹۹
صبح	منوط به بازدید های سوپروایزری	۳۳۳۷۲	۴۶۴۰۷
عصر	منوط به بازدید های سوپروایزری	۴۳۱۱۸	۵۲۶۵۸
شب	منوط به بازدید های سوپروایزری	۲۲۰۸۰	۲۵۵۷۷

جدول ۱۶: مقایسه تعداد ارزیاب‌ها

دوره	قبل از اجرای پروژه	۱۳۹۸	۱۳۹۹
تعداد ارزیاب‌ها	۴۰ (سوپروایزران و مسئولین برخی واحدها)	۸۰	۱۲۰

جدول ۱۷: مقایسه تعداد موارد ارائه نتایج ارزیابی در کمیته‌ها

دوره	قبل از اجرای پروژه	۱۳۹۸	۱۳۹۹
تعداد موارد ارائه نتایج ارزیابی در کمیته‌ها	گزارشات موردی بسته به نیاز	۴۰ (گزارشات مستمر و دوره‌ای در تمامی کمیته‌ها)	۵۰ (گزارشات مستمر و دوره‌ای در تمامی کمیته‌ها)

جدول ۱۸: تعداد ارزیابی‌های انجام شده به تفکیک محورها

دوره	قبل از اجرای پروژه	۱۳۹۸	۱۳۹۹
تعداد ارزیابی های انجام شده به تفکیک محورها	منوط به ارزیابی های داخلی سالیانه	۹۷۲۵۸	۱۲۳۰۳۳

جدول ۱۹: تعداد ارزیابی‌های انجام شده به تفکیک بخش‌ها

دوره	قبل از اجرای پروژه	۱۳۹۸	۱۳۹۹
تعداد ارزیابی های انجام شده به تفکیک بخش ها	۲۰	۳۴۱	۳۰۰

۲-۴-۴) تشویقی و کنترل انضباطی

الف: مقدمه: نتایج حاصل از ارزیابی مستمر می بایست به صورت کاربردی و محسوس توسط کارکنان درک شود.

یکی از این ابزارها استفاده از نظام های تشویق و کنترل انضباطی در بیمارستان می باشد. نظر به اهمیت این موضوع چارچوبی برای استقرار نظام تشویق و کنترل انضباطی در سطح بیمارستان تدوین شد.

ب: اهداف: نظام تشویق و کنترل انضباطی در سطح بیمارستان به منظور تحقق اهداف زیر مستقر شده است:

أ. توجه به کارکنان به عنوان عضو سازمان و توسعه رویکرد مدیریت تجربه کارکنان در بیمارستان

ب. افزایش انگیزه و نشاط در کارکنان برای ارتقاء سطح کیفی و کمی خدمات

ج. اصلاح برخی رفتارهای آسیب زا در فرهنگ سازمان بیمارستان

د. افزایش رضایت شغلی در کارکنان و ارتقاء بهره وری نیروی انسانی

ه. افزایش سطح رضایتمندی و تکریم ارباب رجوع

و. ایجاد ساختاری مدون و ضابطه مند در فرایند تشویق و کنترل انضباطی کارکنان

ج: منابع داده ای: دسترسی به نظام تشویقی و کنترل انضباطی برای تمامی ارزیابان بیمارستان و مدیران عالی و میانی و

عملیاتی فراهم است. به این صورت که هر یک از آنها پس از ورود به سامانه ارزیابی مستمر و در قسمت تشویق و کنترل انضباطی می تواند نسبت به ارائه ی تشویق یا کنترل انضباطی و درج در سامانه اقدام نماید.

ه: نحوه تایید: بعد از ثبت درخواست تشویق یا کنترل انضباطی، درخواست مربوطه در کارتابل سرپرستار/مسئول واحد قرار می گیرد. در صورت تایید یا عدم تایید (با ارائه دلایل عدم تایید) درخواست به کارتابل سوپروایزر یا رئیس اداره منتقل می شود. در این مرحله نیز در صورت تایید سوپروایزر، درخواست به کارتابل مدیر مربوطه برای تایید نهایی و تعیین سطح امضای مربوطه ارسال می گردد.

و: نحوه ی اقدام:

در خصوص موارد تشویق سطوح زیر بر اساس فرآیند مربوطه قابل انتخاب خواهد بود:

- سطح یک: عملکرد خوب: تشویق با امضای معاونین یا مدیر پرستاری و اطلاع به کارمند
- سطح دوم: عملکرد خیلی خوب: تشویق کتبی با امضا رئیس و اطلاع به کارمند
- سطح سوم: عملکرد عالی: تشویق کتبی با امضا رئیس با تشویق مالی و اطلاع به کارمند

در خصوص موارد کنترل انضباطی سطوح زیر بر اساس فرآیند مربوطه قابل انتخاب خواهد بود:

- سطح یک: خطاهای مینور: تذکر شفاهی توسط مدیر مرتبط یا سوپروایزر/رئیس اداره

- سطح دوم: خطاهای مزو: تذکر کتبی با امضای معاونین یا مدیر پرستاری و اطلاع به کارمند
- سطح سوم: خطاهای ماژور: طرح در شورای منابع انسانی، دریافت توضیحات از فرد و تصمیم گیری در شورا

تشویق/انضباطی (جراحی)

دانلود راهنمای تشویق انضباطی

عنوان: انتخاب نمایید

نوع تذکر/تشویقی: انتخاب نمایید

موضوع: انتخاب نمایید

اقدام: تشویق

عدم انتخاب از لیست افراد منتخب

انتخاب فرد منتخب

سمت فرد منتخب: انتخاب نمایید

جدید ارجاع پیوست

شکل ۱۶: صفحه تشویق و کنترل انضباطی (نمونه اول)

تشویق/انضباطی (جراحی)

دانلود راهنمای تشویق انضباطی

عنوان: انتخاب نمایید

نوع تذکر/تشویقی: انتخاب نمایید

موضوع: انتخاب نمایید

اقدام: کنترل انضباطی

عدم انتخاب از لیست افراد منتخب

انتخاب فرد منتخب

سمت فرد منتخب: انتخاب نمایید

جدید ارجاع پیوست

۱-تشویق شناسایی مشاهده نشد
۲-تشویق شناسایی مشاهده نشد
۳-تشویق شناسایی مشاهده نشد
۴-تشویق شناسایی مشاهده نشد
۵-تشویق شناسایی مشاهده نشد
۶-تشویق شناسایی مشاهده نشد
۷-تشویق شناسایی مشاهده نشد
۸-تشویق شناسایی مشاهده نشد
۹-تشویق شناسایی مشاهده نشد
۱۰-تشویق شناسایی مشاهده نشد
۱۱-تشویق شناسایی مشاهده نشد
۱۲-تشویق شناسایی مشاهده نشد
۱۳-تشویق شناسایی مشاهده نشد
۱۴-تشویق شناسایی مشاهده نشد
۱۵-تشویق شناسایی مشاهده نشد
۱۶-تشویق شناسایی مشاهده نشد
۱۷-تشویق شناسایی مشاهده نشد
۱۸-تشویق شناسایی مشاهده نشد
۱۹-تشویق شناسایی مشاهده نشد
۲۰-تشویق شناسایی مشاهده نشد

شکل ۱۷: صفحه تشویق و کنترل انضباطی (نمونه دوم)

۳-۴-۴) امکانات سامانه ارزیابی

فرآیند برنامه ارزیابی به صورت کاملاً الکترونیکی و از طریق "سامانه ارزیابی مستمر" انجام می‌شود. نرم افزار مذکور تحت وب بوده و قابلیت نصب بر روی موبایل، کامپیوتر و تبلت را داراست. این نرم افزار با ساختار داینامیک و آنلاین خود قابلیت‌های متنوعی در حوزه ارزیابی عملکرد و پایش کیفیت ارائه می‌دهد.

ارزیابی مستمر به صورت دوره‌ای در تمام طول سال برنامه ریزی و اجرا می‌شود. به منظور همکاری بخش‌ها/واحدها با ارزیابان، اطلاع رسانی محدوده زمانی ارزیابی صورت می‌گیرد. مصادیق منتخب در سامانه نرم افزاری تحت عنوان ارزیابی مستمر در قالب "پایش انتخابی" با همکاری یک شرکت نرم افزاری طراحی گردید به گونه‌ای که با اشاره نشانگر روی هر مصادیق، توضیحات لازم در خصوص نحوه امتیازدهی و حداقل‌های مورد انتظار جهت استفاده ارزیابان نمایش داده شد.

از دیگر قابلیت‌های این نرم افزار می‌توان به موارد ذیل اشاره نمود:

- قابلیت تعریف کاربران، تعریف سطوح دسترسی و ایجاد پنل کاربری
- امکان تعریف زیرمحور و مصادیق جدید
- امکان دریافت گزارشات به صورت لحظه‌ای و آنلاین توسط مدیران و سایر دست اندرکاران در امر ارزشیابی
- امکان ثبت تشویقی/کنترل انضباطی با انتخاب نام فرد، سمت وی و نوع اقدامی که منجر به ثبت آن شده
- امکان مشاهده گزارش فعالیت‌های انجام شده توسط هر ارزیاب، سوپروایزر، رئیس بخش و عضو هیات علمی با قابلیت انتخاب بازه زمانی، بخش، زیرمحور و در کارتابل مربوطه
- آرشیو سوابق ارزیابی

۱. Bahadori Mk, Abolghasemi K, Teymourzadeh E. Performance evaluation and ranking of selective wards in a military hospital using DEA and promethee method. *Journal of Military Medicine*. 2017;18(4):325-34.
۲. Homayounfar M, Rezaei Dizgah M, Mehrabian F, Rashidi F, Homayounfar N. Performance Evaluation of Hospitals Affiliated With Guilan University of Medical Sciences, Based on a DEA Approach and in the Presence of Undesirable Factors Before and After Health Sector Development Plan. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*. 2018;27(107):1-9.
۳. Malekzadeh R, Mahmoodi G, Abedi G. Performance Assessment of Sari Imam Khomeini Hospital Applying EFQM Excellence Model and Operational Planning. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2019;29:۶۵-۱۵۷:(۱۷۷)
۴. Bahadorestani A, Ghalehnovi M, Motahari Farimani N. Designing a Model of key Stakeholders' Expectations in the Subway Construction Projects: Studied in MUR Construction Project. *Amirkabir Journal of Civil Engineering*. 2018;50(1):227-42.
۵. Von Meding J, McAllister K, Oyedele L, Kelly K. A framework for stakeholder management and corporate culture. *Built Environment Project and Asset Management*. 2013.
۶. Preble JF. Toward a comprehensive model of stakeholder management. *Business and society review*. 2005;110(4):407-31.
۷. Saghafi F. Sustainable value creation framework on stakeholder management(case study: native operating system of Iran). *Management tomorrow*. 2014;13(39):21.-
۸. Moosa-pour N. Mabaniye Nazary Olguhaye Arzeshyabiye Amoozeshi .Quarterly journal of Research and Planning in Higher Education. 2002;8(1):119-44.
۹. Armstrong M, Champagne J, Mortimer DS. Department of Veterans Affairs polytrauma rehabilitation centers: Inpatient rehabilitation management of combat-related polytrauma .*Physical Medicine and Rehabilitation Clinics*. 2019;30(1):13-27.
۱۰. Mahmoudi G, Ghademloo M, Nikpour B, Abbasi Rostami J. Performance evaluation of hospitals inductee and non-inductee health evolution projection by baldrige excellence model in mazandaran. (*Journal of Health Breeze*) *Family Health*. 2016;5(2 (18) #H0068).
۱۱. Doaei H. Effects of developmental performance appraisal on work performance *Transformation Management Journal*. 2010;2(3):68-89.
۱۲. Drucker PF. *The essential drucker*: Routledge; 202. •
۱۳. Mirfardi A, Ahmadi S, Rostami J. The Investigation of the Impact of the Social Capital Aspects on the Performance of Agricultural and Industrial Cooperatives in Boyer-Ahmad County. *Journal of Applied Sociology*. 2017;28(4):31-52.
۱۴. paydar f, rajabi keyapey m. The Role of Knowledge Management and Empowering Personnel in Organizational Effectiveness of NAJA. *NAJA STRATEGIC STUDIES JOURNAL*. 2019;4(11):115-40.
۱۵. Shafiee M, Saleh H, Akbarpour S. Presenting the combination model of EFQM excellence model, balanced scorecard, and network data envelopment analysis to compile teamwork performance evaluation at Shiraz emergency bases *Scientific Journal of Rescue and Relief*. 1397;10(2):6.
۱۶. Sadighi J, Farzadi F, Maftoon F, Noraie M, Zafarghandi M.R, Harirchi I, et al. Performance excellence model in Universities of Medical Sciences. *Health Monitor Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research*. 2005;4(4):0.-
۱۷. Khoshamooz H, Goudarzvand chegini M, Rezaee Kelidbari H. Identifying the Executive Challenges of the New Generation of Hospital Accreditation in Iran. *Management Strategies in Health System*. 2020;5(2):111-25.

۱۸. Tashayoei N, Raeissi P, Nasiripour AA. Challenges of implementation of hospital accreditation in Iran: an exploratory factor analysis. *Journal of the Egyptian Public Health Association*. 2020;95(1):5.
۱۹. Education MoHM. look at hospital accreditation standers: Markaz nashre seda Tehran; 2008
۲۰. Gerjevic KA, Rosenbaum ME, Suneja M. Resident perceptions of the impact of duty hour restrictions on resident-attending interactions: an exploratory study. *BMC medical education*. 2017;17(1):1-8.
۲۱. heydari m, doshmangir l. A Comparative Study of the Health Systems Performance Assessment Frameworks in the World. *Hospital*. 2019;17(4.۴۶-۴۵):
۲۲. Veillard J, Champagne F, Klazinga N, Kazandjian V, Arah O, Guisset A-L. A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project. *International journal for quality in Health Care*. 2005;17(6):487-96.
۲۳. MOSADEGHRAD AM, AKBARI SA, Yousefinezhadi T. Evaluation of hospital accreditation method. 2017.
۲۴. Robertson AC, Fowler LC. Medical student perceptions of learner-initiated feedback using a mobile web application. *Journal of medical education and curricular development*. 2017;4:2382120517746384.
۲۵. Engerer C, Berberat PO, Dinkel A, Rudolph B, Sattel H, Wuensch A. Specific feedback makes medical students better communicators. *BMC medical education*. 2019;19(1):1-8.
۲۶. Jalali M NA, Omid A. Assessment of Feedback Environment for Medical Assistant Students in Clinical Areas: Localization, and Validity and Reliability Assessment of the Tool. *J Isfahan Med Sch* 2020; 38(583): 494-502.
۲۷. Harden RM, Laidlaw JM. Be FAIR to students: four principles that lead to more effective learning. *Medical teacher*. 2013;35(1):27-31.
۲۸. Chandler N, Henderson G, Park B, Byerley J, Brown WD, Steiner MJ. Use of a 360-degree evaluation in the outpatient setting: the usefulness of nurse, faculty, patient/family, and resident self-evaluation. *Journal of graduate medical education*. 2010;2(3):430.