

# وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

## معاونت درمان

### دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی بالینی

#### اداره حاکمیت بالینی

"مصادیق دومین جشنواره کشوری حاکمیت بالینی و ایمنی بیمار"

تالیف به ترتیب حروف الفبا:

✚ دکتر پیغام حیدر پور، متخصص پزشکی اجتماعی، سرپرست اداره حاکمیت بالینی

✚ خانم سیما رفیعی، کارشناس اداره حاکمیت بالینی

✚ دکتر سید محمد سادات، مسؤل و هماهنگ کننده برنامه بیمارستانهای دوستدار ایمنی بیمار

✚ دکتر جمشید کرمانچی، معاون فنی دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی

✚ خانم فرناز مستوفیان، کارشناس ایمنی بیمار

✚ دکتر مریم محسنی، متخصص پزشکی اجتماعی، کارشناس اداره حاکمیت بالینی

✚ خانم معصومه وارسته گل محمدی کارشناس اداره حاکمیت بالینی

✚ خانم فروغ یزدانی، کارشناس اداره حاکمیت بالینی

✚ با تشکر از همکاری ادارات استاندارد سازی و تدوین راهنماهای بالینی، سلامت روان، ادراه ژنتیک، آزمایشگاه

مرجع سلامت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

| حاکمیت بالینی  |  |                                  |
|----------------|--|----------------------------------|
| امتیاز<br>ملاک | زیر ملاک   | ملاک های پیشنهادی جهت<br>ارزیابی |
| 5              | • حاکمیت بالینی به عنوان یکی از بندهای برنامه استراتژیک بیمارستان لحاظ شده باشد.                 | مدیریت و رهبری                   |
| 70             | • هریک از 7 محور حاکمیت بالینی در بیمارستان در قالب برنامه عملیاتی تدوین شده در حال اجرا باشد.   |                                  |
| 5              | • برنامه عملیاتی تدوین شده در فواصل زمانی معین مورد بازنگری قرار گیرد.                           |                                  |
| 40             | • *مدیران ارشد بیمارستان متعهد به اجرای برنامه حاکمیت بالینی باشند.                              |                                  |
| 20             | • بیمارستان در جهت ارتقای کیفیت خدمات درمانی دارای نوآوری است                                    |                                  |
| 30             | • بیمارستان دارای واحد توسعه تحقیقات بالینی فعال می باشد (طبق آئین نامه معاونت تحقیقات و فناوری) |                                  |

\* لازم به ذکر است در صورت عدم احراز امتیاز کمتر از 20، معادل امتیاز کل محور مدیریت و رهبری (170 امتیاز) از امتیاز کسب شده توسط بیمارستان کسر می گردد.

مستندات لازم:

| نحوه امتیاز دهی  | مستندات   | استاندارد   |
|--|---|---|
| <p>اگر در برنامه استراتژیک بیمارستان به حاکمیت بالینی و تحقق آن به عنوان یکی از بندهای برنامه اشاره شده باشد. (امتیاز 5 اختصاص می یابد)</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>وجود بندی در برنامه استراتژیک که به حاکمیت بالینی اشاره نموده باشد</li> </ul>  | <p>حاکمیت بالینی به عنوان یکی از بندهای برنامه استراتژیک بیمارستان لحاظ شده باشد.</p>               |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>اگر برای هر 7 محور از حاکمیت بالینی، برنامه عملیاتی تدوین شده باشد مجموعاً 70 امتیاز احراز می گردد. (به ازای هر محور 10 امتیاز)</li> <li>اگر در تدوین برنامه عملیاتی به تدوین هدف کلی، اهداف اختصاصی و استراتژی ها توجه شده باشد. (2 امتیاز اختصاص می یابد)</li> <li>اگر در تدوین برنامه عملیاتی، به تدوین فعالیت ها در مسیر تحقق اهداف تعیین شده توجه شده باشد. (2 امتیاز اختصاص می یابد)</li> <li>اگر در تدوین برنامه عملیاتی، به تدوین شاخص های دستیابی توجه شده باشد. (2 امتیاز اختصاص می یابد)</li> <li>اگر در تدوین برنامه عملیاتی، به گزارش پیشرفت فعالیت ها در مسیر اهداف تعیین شده توجه شده باشد. (2 امتیاز اختصاص می یابد)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>وجود برنامه عملیاتی تدوین شده برای محورهای مدیریتی، آموزش و مدیریت کارکنان، ایمنی بیمار و مدیریت خطر، استفاده از اطلاعات، اثربخشی بالینی، ممیزی بالینی، تعامل با بیمار و همراهان</li> <li>هر یک از برنامه های عملیاتی تدوین شده شامل بخش های: هدف کلی، اهداف اختصاصی، استراتژیها، فعالیت ها، شاخصهای ارزیابی، گزارش پیشرفت فعالیت ها باشد</li> </ul> | <p>هریک از 7 محور حاکمیت بالینی در بیمارستان در قالب برنامه عملیاتی تدوین شده در حال اجرا باشد.</p> |
| <p>اگر مرکز برنامه عملیاتی اصلاح شده را بر روی نسخه قدیمی آن پیوست کند به گونه ای که تاریخ بازنگری و اعمال تغییرات در آن مشخص باشد. (5 امتیاز اختصاص می یابد)</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>برنامه عملیاتی بازنگری و اصلاح شده بر روی نسخه قدیمی آن پیوست شود به گونه ای که تاریخ بازنگری و اعمال تغییرات در آن مشخص باشد (قابل ذکر است که تاریخ بازنگری هر 6 ماه یکبار می باشد).</li> </ul>   | <p>برنامه عملیاتی تدوین شده در فواصل زمانی معین مورد بازنگری قرار گیرد.</p>                         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>در صورت حضور رئیس، مدیر بیمارستان، مدیر پرستاری و روسای بخش ها (از جمله رئیس واحد آزمایشگاه، رادیولوژی، داروخانه و...) در جلسات مربوط به کمیته بهبود کیفیت (حاکمیت بالینی). (10 امتیاز اختصاص می یابد)</li> <li>در صورت مشارکت مدیران ارشد در تدوین برنامه عملیاتی و پایش مستمر و منظم آن. (5 امتیاز)</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>وجود صورت جلسات مربوط به تشکیل جلسات کمیته بهبود کیفیت که در آن امضای رئیس، مدیر بیمارستان، مدیر پرستاری، روسای بخشها و مسئول حاکمیت بالینی بیمارستان نشانه حضور آنها در جلسات باشد</li> <li>وجود ابلاغ رسمی برای مسئول حاکمیت بالینی از سوی ریاست بیمارستان</li> </ul>  | <p>مدیران ارشد بیمارستان متعهد به اجرای برنامه حاکمیت بالینی باشند.</p>                             |

|   |  |  |
|---|--|--|
| <p>حاکمیت بالینی با پنج سال سابقه کاری در بیمارستان و یک سال تجربه در زمینه ارتقای کیفیت و گذراندن دوره های مدیریت کیفیت و متعهد به برنامه های کلان ارتقای کیفیت از سوی ریاست بیمارستان. (6) امتیاز اختصاص می یابد)</p> <p>• در صورت وجود شرح وظایف برای مسئول حاکمیت بالینی و دادن اختیارات متناسب با شرح وظایف به او . (5 امتیاز اختصاص می یابد)</p> <p>• در صورت اختصاص نیروی انسانی متناسب با تعداد تخت بیمارستان . (5 امتیاز اختصاص می یابد)</p> | <p>بالینی با الزامات مقتضی</p>   |  |
| <p>10 امتیاز</p>  | <p>مستندات مبنی بر اقدامات نو آورانه</p>                                 |  |
| <p>ارائه نامه موافقت معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت در خصوص تاسیس واحد توسعه و تحقیقات بالینی (15 امتیاز)</p> <p>تخصیص اعتبار پژوهشی توسط رئیس بیمارستان به واحد توسعه و تحقیقات بالینی جهت اجرای تحقیقات کاربردی مربوط به محورهای حاکمیت بالینی (15 امتیاز)</p>  | <p>• تایید مستندات مربوط به واحد توسعه و تحقیقات بالینی در بیمارستان</p> |  |

مصاحبه:

## حاکمیت بالینی

| نحوه امتیازدهی   | سوال  |
|--|---|
| <p>در صورتی که تمامی کارکنان مورد مصاحبه از برنامه عملیاتی تدوین شده آگاهی و اشراف داشته باشند امتیاز کامل (2 امتیاز)، در صورتی که هیچ یک از آنها از برنامه عملیاتی آگاهی نداشته باشند امتیاز (0) و در صورت آگاهی برخی از آنها از برنامه عملیاتی . (1 امتیاز اختصاص می یابد)</p>   | <p>آیا کارکنان از برنامه عملیاتی تدوین شده در خصوص هر یک از 7 محور حاکمیت بالینی آگاهی دارند؟</p>   |
| <p>در صورتی که ریاست، مدیریت بیمارستان، مدیر پرستاری، روسای بخشها و مسئول حاکمیت بالینی بیمارستان مورد مصاحبه از برنامه عملیاتی تدوین شده آگاهی و اشراف داشته باشند امتیاز کامل (2 امتیاز)، در صورتی که هیچ یک از آنها از برنامه عملیاتی آگاهی نداشته باشند امتیاز (0) و در صورت آگاهی برخی از آنها از برنامه عملیاتی . (1 امتیاز اختصاص می یابد)</p>  | <p>آیا ریاست، مدیریت بیمارستان، مدیر پرستاری، روسای بخشها و مسئول حاکمیت بالینی بیمارستان از جلسات کمیته بهبود کیفیت / حاکمیت خدمات بالینی و صورت جلسات آن آگاهی دارند؟</p>                     |
| <p>در صورتی که ریاست، مدیریت بیمارستان، مدیر پرستاری، روسای بخشها و مسئول حاکمیت بالینی بیمارستان مورد مصاحبه مشارکت مستمر در تدوین و پایش برنامه عملیاتی داشته باشند امتیاز کامل (2 امتیاز)، در صورتی که هیچ یک از آنها از برنامه عملیاتی آگاهی نداشته باشند امتیاز (0) و در صورت آگاهی برخی از آنها از برنامه عملیاتی. (1 امتیاز اختصاص می یابد)</p> | <p>آیا ریاست، مدیریت بیمارستان، مدیر پرستاری، روسای بخشها و مسئول حاکمیت بالینی بیمارستان از برنامه عملیاتی تدوین شده در هر محور حاکمیت بالینی آگاهی دارند و در پایش آن مشارکت مستمر دارند؟</p> |
| <p>در صورتی که مسئول حاکمیت بالینی از اختیارات تفویض شده از سوی ریاست بیمارستان به خود آگاهی داشته و بر شرح وظایف خود اشراف داشته باشد، امتیاز (5)، در صورت عدم آگاهی ایشان امتیاز (0) و در صورت آگاهی نسبی وی. (2.5 امتیاز اختصاص می یابد)</p>  | <p>آیا مسئول حاکمیت بالینی اعتقاد دارد که اختیارات لازم از سوی ریاست بیمارستان به ایشان داده شده است و از شرح وظایف خود آگاهی دارد؟</p>   |
| <p>اقدام مزبور باید به اصلاح و بهبودی منجر شده باشد (10 امتیاز)</p>  | <p>مصاحبه مبنی بر اقدامات نو آورانه</p>   |

| امتیاز ملاک | زیر ملاک  | ملاک های پیشنهادی جهت ارزیابی |
|-------------|---|-------------------------------|
| 50          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• نظام آموزش کارکنان (بر اساس تدوین PDP) در بیمارستان</li> <li>• استقرار یافته و آموزش مداوم کارکنان جزء سیاستهای اجرایی بیمارستان باشد</li> </ul> | آموزش و مدیریت کارکنان        |
| 20          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• نظام رضایت سنجی کارکنان در بیمارستان استقرار یافته باشد</li> </ul>   |                               |
| 30          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• نظام توجه نیروهای جدید ورود در بیمارستان استقرار یافته باشد</li> </ul>   |                               |

مستندات لازم

| نحوه امتیاز دهی  | مستندات   | استاندارد   |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• در صورت وجود فرم آموزش و راهنمای تدوین PDP. <b>امتیاز اختصاص می یابد</b></li> <li>• در صورت وجود فرم PDP تکمیل شده برای 40% پرسنل پرستاری، 25% کادر پزشکی و 30% سایر کارکنان. (5 امتیاز) <b>اختصاص می یابد</b></li> <li>• در صورت وجود مستندات مبنی بر آنالیز فرمهای PDP (6 امتیاز) <b>اختصاص می یابد</b></li> <li>• در صورت وجود مستندات مبنی بر برنامه ریزی جهت آموزش کارکنان و اولویت بندی نیازهای آموزشی علمی - کاربردی پرسنل (6 امتیاز) <b>اختصاص می یابد</b></li> <li>• در صورت وجود مستندات مبنی بر انجام دورههای آموزشی مدون علمی برای پرسنل (4 امتیاز) <b>گروه پزشکی، 4 امتیاز برای پرسنل (4 امتیاز برای گروه پرستاری، 4 امتیاز برای سایر کارکنان)</b></li> <li>• در صورت وجود مستندات مبنی بر انجام دوره های آموزشی کاربردی - مهارتی برای پرسنل ، طبق نیاز سنجی انجام شده ، <b>امتیاز برای گروه پرستاری ، 4 امتیاز برای گروه پزشکی، امتیاز سایر کارکنان)</b></li> </ul> <p><b>توجه:</b> در صورت وجود مستندات امتیاز کامل احراز می شود، در صورت وجود مستندات برای نیمی از موارد، نصف امتیاز در نظر گرفته می شود و در صورت وجود مستندات برای کمتر از 50 موارد، هیچ امتیازی احراز نمی شود.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• فرم آموزش و راهنمای تدوین PDP</li> <li>• فرم تکمیل شده PDP برای 40 درصد پرسنل پرستاری ، 25 درصد کادر پزشکی و 30 درصد سایر کارکنان</li> <li>• مستندات مبنی بر آنالیز فرمهای PDP</li> <li>• مستندات مبنی بر برنامه ریزی جهت آموزش کارکنان و اولویت بندی نیازهای آموزشی علمی - کاربردی پرسنل ، طبق نتایج حاصل از فرمهای PDP</li> <li>• مستندات مبنی بر انجام دورههای آموزشی مدون علمی برای پرسنل ، طبق نیاز سنجی انجام شده</li> <li>• مستندات مبنی بر انجام دوره های آموزشی مدون کاربردی - مهارتی برای پرسنل ، طبق نیاز سنجی انجام شده</li> </ul> | <p>نظام آموزش کارکنان (بر اساس تدوین PDP) در بیمارستان استقرار یافته و آموزش مداوم کارکنان جزء سیاستهای اجرایی بیمارستان باشد</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• در صورت وجود فرمهای رضایت سنجی پرسنل. (5 امتیاز) <b>اختصاص می یابد</b></li> <li>• در صورت وجود مستندات مبنی بر اعلام نظرات و پیشنهاد از سوی کارکنان. (5 امتیاز) <b>اختصاص می یابد</b></li> <li>• در صورت وجود مستندات مبنی بر بررسی و آنالیز نظرات و پیشنهادات کارکنان. (5 امتیاز) <b>اختصاص می یابد</b></li> <li>• در صورت وجود مستندات مبنی بر اجرای اقدامات مداخله ای و برنامه ریزی رفاهی (2.5 امتیاز) <b>اختصاص می یابد</b></li> </ul> <p><b>توجه:</b> در صورت وجود مستندات برای تمامی موارد، امتیاز کامل احراز می شود، در صورت وجود مستندات برای نیمی از موارد، نصف امتیاز در نظر گرفته می شود و در صورت وجود مستندات برای کمتر از 50 موارد، هیچ امتیازی احراز نمی شود</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• فرمهای رضایت سنجی پرسنل</li> <li>• مستندات مبنی بر اعلام نظرات و پیشنهادات از سوی کارکنان</li> <li>• مستندات مبنی بر بررسی و آنالیز نظرات و پیشنهادات کارکنان</li> <li>• مستندات مبنی بر اجرای اقدامات مداخله ای و برنامه ریزی رفاهی</li> </ul>  | <p>نظام رضایت سنجی کارکنان در بیمارستان استقرار یافته باشد</p>  |

- پمفلت تهیه شده در ارتباط با معرفی کلی بیمارستان
- شرح وظایف شغلی برای هر یک از پرسنل
- پمفلت تهیه شده در ارتباط با اطلاعات مربوط به مسیر ارتقای شغلی، خطرات شغلی و مباحث ایمنی
- پمفلت یا جزوه تهیه شده در ارتباط با معرفی جزئیات دستورالعمل ها و اطلاعات مربوط به تجهیزات اختصاصی هر بخش
- چک لیست ارزیابی آموزش پرسنل جدید ورود
- مستندات مربوط به انجام مداخلات لازم با توجه به نتایج ارزیابی از پرسنل جدیدالورود

نظام توجیه نیروهای جدید ورود در بیمارستان استقرار یافته باشد

- در صورت وجود پمفلت معرفی کلی بیمارستان. (4 امتیاز اختصاص می یابد)
  - در صورت وجود شرح وظایف شغلی برای هر رده شغلی امتیاز اختصاص می یابد)
  - در صورت وجود پمفلت مربوط به مسیر ارتقای شغلی، خطر شغلی و مباحث ایمنی. (3 امتیاز اختصاص می یابد)
  - در صورت وجود پمفلت یا جزوه معرفی جزئیات دستورالعمل ها و اطلاعات مربوط به تجهیزات اختصاصی هر بخش. (4 امتیاز اختصاص می یابد)
  - در صورت وجود چک لیست ارزیابی آموزش پرسنل جدید ورود. (5 امتیاز اختصاص می یابد)
  - در صورت وجود مستندات مربوط به انجام مداخلات لازم توجه به نتایج ارزیابی از پرسنل جدیدالورود. (5 امتیاز اختصاص می یابد)
- توجه:** در صورت وجود پمفلت مربوط به مسیر ارتقای شغلی خطرات شغلی و مباحث ایمنی امتیاز کامل (3 امتیاز)، صورت وجود یکی از این 3 مورد (1 امتیاز)، در صورت وجود مورد از این 3 مورد (2 امتیاز) و در صورت عدم وجود هیچ یک از این موارد (0 امتیاز) احراز می گردد.
- بقیه موارد از این مستندات به این شیوه ارزیابی می گردد که:** در صورت وجود هر یک از مستندات (امتیاز کامل) و در صورت عدم وجود آنها (امتیاز صفر) احراز می گردد.

مصاحبه:



| نحوه امتیاز دهی  | سوال   |
|--|--|
| <p>در صورتی که تمامی کارکنان مورد مصاحبه از نحوه تکمیل و تدوین فرم- های PDP آگاهی داشته باشند امتیاز کامل (4 امتیاز)، در صورتی که هیچ یک از آنها از نحوه تکمیل و تدوین فرم های PDP آگاهی نداشته باشند امتیاز (0) و در صورت آگاهی برخی از آنها (2 امتیاز) اختصاص می یابد</p>                      | <p>آیا کارکنان از نحوه تکمیل و تدوین فرم های PDP آگاهی دارند؟</p>  |
| <p>در صورتی که پرسنل وجود نظام رضایت سنجی از کارکنان را در بیمارستان و انجام اقدامات مداخله ای بر اساس آنرا تایید کنند (2.5 امتیاز)، در صورتی که پرسنل اطلاعی از وجود نظام رضایت سنجی از کارکنان در بیمارستان نداشته باشند (0 امتیاز) و در صورت آگاهی برخی از آنها (1 امتیاز) احراز می گردد.</p> | <p>آیا پرسنل وجود نظام رضایت سنجی از کارکنان را در بیمارستان و انجام اقدامات مداخله ای بر اساس آنرا تایید می کنند؟</p>   |
| <p>در صورتی که پرسنل جدیدالورود، دریافت آموزشهای لازم در بدو ورود را تایید نمایند، امتیاز کامل (4 امتیاز)، در صورتی که پرسنل جدیدالورود اطلاعی از این آموزشها نداشته باشند (0 امتیاز) و در صورت اطلاع برخی از آنها (2 امتیاز) احراز می گردد.</p>   | <p>آیا پرسنل جدیدالورود آموزشهای انجام شده (شامل: دریافت شرح وظایف خود، پمفلت حاوی اطلاعات کلی و اختصاصی از بیمارستان و بخش محل فعالیت و آموزشهای علمی- کاربردی مورد نیاز در خصوص نوع کار خود و نوع برخورد با مراجعین بخصوص کودکان و نوجوانان) را تایید می کنند؟</p> |

| حاکمیت بالینی  |   |                                  |
|----------------|---|----------------------------------|
| امتیاز<br>ملاک | زیر ملاک  | ملاک های پیشنهادی<br>جهت ارزیابی |
| 10             | • بیمارستان دارای برنامه ریزی منسجم آموزشی در زمینه مدیریت خطر و استانداردهای الزامی ایمنی بیمار باشد   | مدیریت خطر و ایمنی بیمار         |
| 10             | • بیمارستان دارای سیستم ثبت خطا باشد  |                                  |
| 20             | • بیمارستان دارای استراتژی جهت کاهش، حذف و انتقال خطر باشد (روش FMEA)   |                                  |
| 30             | • بیمارستان دارای برنامه تحلیل خطاهای پزشکی از طریق RCA در موارد حوادث SENTINEL باشد  |                                  |
| 10             | • بیمارستان برای یادگیری و به اشتراک گذاری نتایج حاصل از ثبت خطا و تحلیل آن دارای برنامه باشد   |                                  |
| 10             | • فهرستی از آزمایشهای اورژانس و زمان چرخه کاری آنها که به امضاء رئیس بیمارستان و کمیته اورژانس بیمارستان رسیده، در اورژانس، بخشهای بیمارستانی و آزمایشگاه وجود دارد و مطابق با آن عمل میگردد                |                                  |
| 10             | • مقاومت میکروبی در آزمایشگاه به روش استاندارد تعیین و گزارش میگردد   |                                  |
| 11             | • A.1.1.1 ایمنی بیمار در بیمارستان یک اولویت استراتژیک می باشد و در قالب برنامه عملیاتی تفضیلی در حال اجراست.   |                                  |
| 10             | • A.1.1.2 یکی از کارکنان در بیمارستان با اختیارات لازم، به عنوان مسئول و پاسخگوی برنامه ایمنی بیمار منصوب گردیده است.   |                                  |
| 10             | • A.1.1.3 مدیریت ارشد بیمارستان به منظور بهبود فرهنگ ایمنی بیمار، شناسایی خطرات موجود در سیستم و اعمال مداخله جهت ارتقاء فرصتها، به طور منظم برنامه بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار را به اجرا می گذارد.      |                                  |
| 9              | • A.2.1.1 یکی از مدیران میانی بیمارستان به عنوان هماهنگ کننده فعالیت های ایمنی بیمار و مدیریت خطر منصوب شده است   |                                  |
| 10             | • A.2.1.2 بیمارستان جلسات ماهیانه کمیته مرگ و میر را بصورت مرتب برگزار می نماید.  |                                  |
| 10             | • A.4.1.1 بیمارستان وجود تجهیزات ضروری را تضمین می نماید.   |                                  |
| 10             | • A.4.1.2 بیمارستان ضد عفونی مناسب و مطلوب کلیه وسایل پزشکی با قابلیت استفاده مجدد را قبل از کاربرد تضمین می نماید.   |                                  |
| 7              | • A.4.1.3 بیمارستان دارای وسایل و تجهیزات کافی بمنظور تضمین ضد عفونی و استریلیزاسیون فوری می باشد   |                                  |
| ۳              | • A.5.1.1 جهت ارائه خدمات و مراقبت های درمانی کادر بالینی حائز شرایط توسط کمیته ذی صلاح به صورت ثابت و موقت استخدام و بکار گمارده می شوند.  |                                  |
| ۱۰             | • B 2.1.1 پزشک قبل از انجام هر گونه اقدام درمانی و تشخیصی تهاجمی؛ کلیه خطرات، منافع و عوارض جانبی احتمالی پروسیجر را به بیمار توضیح داده و با حضور و نظارت پرستار، بیمار برگه رضایت نامه را امضاء می نماید. |                                  |

|    |   |
|----|---|
| ۱۰ | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3.1.1B قبل از انجام هر گونه پروسیجر درمانی ، تشخیصی و آزمایشگاهی، تجویز دارو و یا ترانسفوزیون خون و فرآورده های خونی، کلیه بیماران و به ویژه گروه های در معرض خطر منجمله نوزادان ، بیماران دچار اختلالات هوشیاری ویا سالمندان حداقل با دو شناسه شامل نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد شناسایی ومورد تأیید قرارمی گیرند ( هیچ گاه شماره اتاق و یا تخت بیمار یکی از این شناسه ها نمی باشد) .</li> </ul> |
| 10 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1.1.1. c. بیمارستان به منظور اعلام اضطراری نتایج حیاتی آزمایشات، کانال های ارتباطی آزاد پیش بینی کرده است.</li> </ul>  |
| 10 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1.1.2. C بیمارستان دارای روال های مطمئن برای اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیکی به بیماران بعد از ترخیص می باشد</li> </ul>  |
| 14 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2.1.1. c. بیمارستان دارای برنامه پیش گیری و کنترل عفونت مشتمل بر چارت سازمانی ، برنامه عملیاتی ، راهنماها و کتابچه راهنما می باشد .</li> </ul>   |
| 7  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2.1.2. C. بیمارستان تمیزی ، ضد عفونی و استریلیزاسیون مناسب کلیه تجهیزات را ، با تأکید خاص بر واحدها و بخش های پر خطر تضمین می نماید.</li> </ul>  |
| 10 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3.1.1. c. بیمارستان راهنماهای معتبراز جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت را در زمینه خون و فرآورده های خونی ایمن اجرا می نماید .</li> </ul>  |
| 10 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5.1.1. C بیمارستان دسترسی به داروهای حیاتی را در تمامی اوقات شبانه روز ( 24 ساعته ) تضمین می نماید.</li> </ul>   |
| 5  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2.1.1. D بیمارستان بر اساس میزان خطر ، پسماند ها را از مبدأ تفکیک و کد بندی رنگی می نماید .</li> </ul>   |
| 10 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2.1.2. D بیمارستان از راهنماها ، از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت ، جهت مدیریت دفع پسماندهای نوک تیز و برنده تبعیت می نماید</li> </ul>  |
| 10 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• اجتناب از اتصال نادرست کاتترها و لوله ها</li> </ul>  |
| 10 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ارتباط صحیح کارکنان بهداشتی درمانی در حین تحویل و تحول بیمار مابین گروه، بخش و مراکز درمانی</li> </ul>   |
| 10 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• تلفیق دارویی</li> </ul>  |
| 10 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• کنترل محلول های الکترولیتی غلیظ</li> </ul>   |
| 10 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• اجرای اقدام درمانی صحیح در موضع صحیح برای بیماران</li> </ul>   |
| 10 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• داروهای با اسامی و اشکال مشابه</li> </ul>  |
| 10 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• استفاده از وسایل یکبار مصرف در تزریقات</li> </ul>  |
| 10 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ارتقاء بهداشت دست</li> </ul>   |

| نحوه امتیازدهی  | سوال  |
|---|---|
| در صورتی که تمامی کارکنان مورد مصاحبه از وجود و نحوه کارکرد سیستم ثبت خطای بیمارستان آگاهی داشته باشند امتیاز کامل (2 امتیاز)، در صورتی که هیچ یک از آنها از نحوه تکمیل و تدوین فرم‌های ثبت خطا آگاهی نداشته باشند (0 امتیاز) و در صورت آگاهی برخی از آنها (1 امتیاز) اختصاص می‌یابد. | کارکنان از سیستم ثبت خطا در بیمارستان آگاهی دارند؟  |
| در صورتی که پرسنل از خط مشی و روشهای اجرایی یادگیری و به اشتراک گذاری نتایج ثبت خطا و تحلیل آن، آگاهی داشته باشند (4 امتیاز)، در صورتی که پرسنل اطلاعی از وجود این خط مشی و روشهای اجرایی در بیمارستان نداشته باشند (0 امتیاز) و در صورت آگاهی برخی از آنها (2 امتیاز) احراز می‌گردد. | پرسنل از خط مشی و روشهای اجرایی در رابطه با گیری و به اشتراک گذاری نتایج ثبت خطا و تحلیل آن، آگاهی دارند؟ |
| در صورتیکه کلیه پرسنل بخش‌ها در مورد IRCA آگاهی داشته باشند 5 امتیاز و در صورتی که نیمی از پرسنل آگاهی داشته باشند 2.5 امتیاز و در صورت آگاهی هیچ کدام از پرسنل 0 امتیاز تعلق می‌گیرد.  | پرسنل از نحوه انجام RCA آگاهی کامل دارند  |
| در صورتیکه کلیه پرسنل بخش‌ها در مورد FMEA آگاهی داشته باشند 5 امتیاز و در صورتی که نیمی از پرسنل آگاهی داشته باشند 2.5 امتیاز و در صورت آگاهی هیچ کدام از پرسنل 0 امتیاز تعلق می‌گیرد.  | با پرسنل از نحوه انجام FMEA آگاهی کامل دارند  |

### شاخص های حاکمیت بالینی (آزمایشگاه مرجع سلامت)

| امتیاز کلی | نام کلی فرآیند  |      |
|------------|---|------|
| 10         | آیا مقاومت میکروبی در آزمایشگاه به روش استاندارد تعیین و گزارش می‌گردد؟   |      |
| امتیاز     | مجموعه سوالات مرتبط با این فرآیند   | ردیف |
| 1          | آیا دستورالعمل روش های صحیح نمونه گیری، جمع آوری و انتقال ایمن نمونه های مختلف بالینی توسط آزمایشگاه تهیه شده و در اختیار کارکنان بخش های مختلف بیمارستان قرار گرفته است و آسوابق مبتنی بر عمل به این دستورالعمل ها وجود دارد؟ (مستندات - مشاهده یا مصاحبه به تشخیص ممیز) | 1    |
| 1          | آیا دستورالعمل انجام کشت برای نمونه های مختلف بالینی و انجام آزمایشهای تشخیصی جهت شناسایی باکتری های جدا شده از نمونه های مختلف بالینی وجود داشته و سوابق مبتنی بر عمل به این دستورالعمل ها وجود دارد؟ (مستندات - مشاهده یا مصاحبه به تشخیص ممیز)                         | 2    |

|                   |   |    |
|-------------------|---|----|
| 1                 | آیا جداول مناسب برای شناسایی و افتراق باکتریها از یکدیگر موجود بوده و مورد استفاده قرار می گیرد؟ (مستندات - مشاهده یا مصاحبه به تشخیص ممیز)   | 3  |
| 1                 | آیا دستورالعمل روش انجام آزمایش تعیین حساسیت میکروبی مکتوب شده و سوابق مبتنی بر عمل به این دستورالعمل ها وجود دارد؟ (مستندات - مشاهده یا مصاحبه به تشخیص ممیز)  | 4  |
| 1                 | آیا جداول تفسیر قطر هاله (CLSI) وجود داشته و مورد استفاده قرار می گیرند؟ (مستندات - مشاهده یا مصاحبه به تشخیص ممیز)   | 5  |
| 1                 | آیا دستورالعمل روش انجام کنترل کیفی آزمایش آنتی بیوگرام و جداول تفسیر قطر هاله برای سوبه های استاندارد، وجود داشته و مورد استفاده قرار می گیرند؟ (مستندات - مشاهده یا مصاحبه به تشخیص ممیز)   | 6  |
| 1                 | آیا راهنمای انتخاب تعداد و انواع دیسک های آنتی بیوتیکی لازم و مناسب (پانل آنتی بیوتیکی) برای هر ارگانیزم خاص با توجه به محل عفونت و نوع نمونه وجود داشته و مورد استفاده قرار می گیرند؟ (مستندات - مشاهده یا مصاحبه به تشخیص ممیز)   | 7  |
| 1                 | آیا در آزمایشگاههای بیمارستانی امکان تشخیص عفونت با انتروکوکهای مقاوم به ونکومايسين (VRE)، استافیلوکک های مقاوم به متی سیلین MRSA و MRS و باسیل های ESBL + وجود دارد؟ (مستندات - مشاهده یا مصاحبه به تشخیص ممیز)  | 8  |
| 1                 | آیا دستورالعمل روش های صحیح نمونه گیری، جمع آوری و انتقال ایمن نمونه های مختلف بالینی توسط آزمایشگاه تهیه شده و در اختیار کارکنان بخش های مختلف بیمارستان قرار گرفته است و آياسوابق مبتنی بر عمل به این دستورالعمل ها وجود دارد؟ (مستندات - مشاهده یا مصاحبه به تشخیص ممیز) | 9  |
| 1                 | آیا در آزمایشگاه های بیمارستانی، اطلاعات مربوط به نتایج آزمایش های تعیین حساسیت میکروبی بطور یکجا نگهداری می شود و نتایج آن حداقل بصورت سالیانه جهت اطلاع پزشکان یا کمیته کنترل عفونت بیمارستانی گزارش می گردد؟ (مستندات - مشاهده یا مصاحبه به تشخیص ممیز)                  | 10 |
| <b>امتیاز کلی</b> | <b>نام کلی فرآیند</b>   |    |
| 10                | آیا فهرستی از آزمایشهای اورژانس و زمان چرخه کاری آنها که به امضاء رئیس بیمارستان و کمیته اورژانس بیمارستان رسیده، در اورژانس، بخشهای بیمارستانی و آزمایشگاه وجود دارد و مطابق با عمل  |    |

| میگردد؟ |   |      |
|---------|---|------|
| امتیاز  | مجموعه سوالات مرتبط با این فرآیند   | ردیف |
| 2       | آیا فهرست آزمایشهای اورژانس در بخشهای اورژانس و بیمارستانی و آزمایشگاه وجود دارد؟ (مستندات) | 1    |
| 2       | آیا زمان چرخه کاری آزمایشها وجود دارد؟ (مستندات)  | 2    |
| 2       | آیا زمان دریافت نمونه توسط آزمایشگاه و زمان جواب دهی ثبت میشود؟ (مستندات و مشاهده)          | 3    |
| 4       | آیا طبق سوابق، زمان چرخه کاری مطابق زمان بندی تعیین شده رعایت میگردد؟ (مصاحبه و مشاهده)     | 4    |

| حاکمیت بالینی |  |                               |
|---------------|--|-------------------------------|
| امتیاز ملاک   | زیر ملاک   | ملاک های پیشنهادی جهت ارزیابی |
| 60            | • آموزش بالینی با رویکرد مبتنی بر شواهد انجام شود* | اثربخشی بالینی                |
| 50            | • شواهد پژوهشی معتبر در طبابت بالینی استفاده شود** |                               |

### \* معیارهای امتیاز دهی اثربخشی بالینی برای فعالیتهای مراکز درمانی

\*راندهای مبتنی بر شواهد

فعالیت اصلی: برگزاری راندهای مبتنی بر شواهد بر اساس طراحی سؤال بالینی قابل پاسخگویی به صورت یک بار در دو هفته (در صورتی که راندهای مبتنی بر شواهد انجام شده باشد اما در فواصل زمانی تعیین شده صورت نپذیرفته باشد، نصف امتیاز اختصاص می یابد).

ملاکهای امتیاز دهی: 10 امتیاز

1- مستند سازی case مورد بحث 1 امتیاز

2- تکمیل فرم نسخه آموزشی (educational prescription) 5 امتیاز

3- استفاده از منابع اطلاعاتی مبتنی بر شواهد در راندها برای پاسخ به سؤالات (ترالی شواهد) 4 امتیاز

\*ژورنال کلابهای مبتنی بر شواهد

فعالیت اصلی: برگزاری ژورنال کلاب و تولید یک عنوان دانش پرداخت (Critically Appraised Topic) یک مورد در دو هفته (در صورتی که راندهای مبتنی بر شواهد انجام شده باشد اما در فواصل زمانی تعیین شده صورت نپذیرفته باشد، نصف امتیاز اختصاص می یابد).

ملاکهای امتیاز دهی: 20 امتیاز

1- برنامه ریزی نقد مقالات و رویه مشخص برای جلسات 6 امتیاز

2- ثبت جلسات ژورنال کلاب 2 امتیاز

3- تولید CAT 12 امتیاز

\* برگزاری جلسات گزارش صبحگاهی

فعالیت اصلی: برگزاری جلسات گزارش صبحگاهی بر اساس اصول تفکر نقادانه به صورت هفته ای یک بار (در صورتی که راندهای مبتنی بر شواهد انجام شده باشد اما در فواصل زمانی تعیین شده صورت نپذیرفته باشد، نصف امتیاز اختصاص می یابد).

ملاکهای امتیاز دهی: 30 امتیاز

- 1- ثبت case های مورد بحث به طور کامل و کلیه اقدامات انجام شده 4.5 امتیاز
- 2- استفاده از منابع اطلاعاتی مختلف برای بررسی جنبه های مختلف case 9 امتیاز
- 3- بررسی گزینه های مختلف بر اساس نتایج شواهد پژوهشی 9 امتیاز
- 4- تهیه دستورالعمل برای موارد مشابه 7.5 امتیاز

\*تهیه پروتکلهای داخل بخشی مبتنی بر شواهد

فعالیت اصلی: تدوین پروتکلهای مبتنی بر شواهد در داخل بخشها به صورت هر سه ماه یک پروتکل (در صورتی که راندهای مبتنی بر شواهد انجام شده باشد اما در فواصل زمانی تعیین شده صورت پذیرفته باشد، نصف امتیاز اختصاص می یابد).

ملاکهای امتیاز دهی: 50 امتیاز

- 1- مشخص کردن گره های تصمیم گیری (decision node) در مدیریت بیماری 12.5 امتیاز
- 2- انتخاب گایدلاینهای مناسب و نقد آنها بر اساس معیار AGREE ویا استفاده از گایدلاینهای ملی مورد تایید معاونت درمان وزارت بهداشت 12.5 امتیاز
- 3- برنامه ریزی و زمانبندی مناسب برای اجرای صحیح اقدامات 15 امتیاز
- 4- تعیین نقاط کلیدی برای مشخص کردن راستا و جهت معیارهای ممیزی 10 امتیاز



| نحوه امتیاز دهی   | مستندات   | استاندارد  |
|---|---|--|
| <p>* راندهای مبتنی بر شواهد</p> <p>فعالیت اصلی: برگزاری راندهای مبتنی بر شواهد بر اساس طراحی سؤال بالینی قابل پاسخگویی به صورت یک بار در دو هفته (در صورتی که راندهای مبتنی بر شواهد انجام شده باشد اما در فواصل زمانی تعیین شده صورت نپذیرفته باشد، نصف امتیاز اختصاص می یابد).</p> <p>ملاکهای امتیاز دهی: 10 امتیاز</p> <p>4- مستند سازی case مورد بحث 1 امتیاز</p> <p>5- تکمیل فرم نسخه آموزشی (educational prescription) 5 امتیاز</p> <p>6- استفاده از منابع اطلاعاتی مبتنی بر شواهد در راندها برای پاسخ به سؤالات (ترالی شواهد) 4 امتیاز</p> <p>* ژورنال کلابهای مبتنی بر شواهد</p> <p>فعالیت اصلی: برگزاری ژورنال کلاب و تولید یک عنوان دانش پرداخت (Critically Appraised Topic) یک مورد در دو هفته (در صورتی که راندهای مبتنی بر شواهد انجام شده باشد اما در فواصل زمانی تعیین شده صورت نپذیرفته باشد، نصف امتیاز اختصاص می یابد).</p> <p>ملاکهای امتیاز دهی: 20 امتیاز</p> <p>4- برنامه ریزی نقد مقالات و رویه مشخص برای جلسات 6 امتیاز</p> <p>5- ثبت جلسات ژورنال کلاب 2 امتیاز</p> <p>6- تولید CAT 12 امتیاز</p> <p>* برگزاری جلسات گزارش صبحگاهی</p> <p>فعالیت اصلی: برگزاری جلسات گزارش صبحگاهی بر اساس اصول تفکر نقادانه به صورت هفته ای یک بار (در صورتی که راندهای مبتنی بر شواهد انجام شده باشد اما در فواصل زمانی تعیین شده صورت نپذیرفته باشد، نصف امتیاز اختصاص می یابد).</p> <p>ملاکهای امتیاز دهی: 30 امتیاز</p> <p>5- ثبت case های مورد بحث به طور کامل و کلیه اقدامات انجام شده 4.5 امتیاز</p> <p>6- استفاده از منابع اطلاعاتی مختلف برای بررسی جنبه های مختلف case 9 امتیاز</p> <p>7- بررسی گزینه های مختلف بر اساس نتایج شواهد</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• مستندات مربوط به برگزاری راندهای مبتنی بر شواهد براساس استانداردهای تایید شده وزارت بهداشت</li> <li>• مستندات مربوط به برگزاری جلسات گزارش صبحگاهی راندهای مبتنی بر شواهد براساس استانداردهای تایید شده وزارت بهداشت</li> <li>• مستندات مربوط به برگزاری ژورنال کلابهای مبتنی بر شواهد براساس استانداردهای تایید شده وزارت بهداشت</li> </ul> | <p>آموزش بالینی با رویکرد مبتنی بر شواهد انجام شود</p> |

|   |   |   |
|---|---|---|
| <p>پژوهشی 9 امتیاز</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>تهیه دستورالعمل برای موارد مشابه 7.5 امتیاز</li> </ul>  |   |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>مشخص کردن گره های تصمیم گیری (decision node) در مدیریت بیماری 12.5 امتیاز</li> <li>انتخاب گایدلاینهای مناسب و نقد آنها بر اساس معیار AGREE و یا استفاده از گایدلاینهای ملی مورد تایید معاونت درمان وزارت بهداشت 12.5 امتیاز</li> <li>برنامه ریزی و زمانبندی مناسب برای اجرای صحیح اقدامات 15 امتیاز</li> <li>تعیین نقاط کلیدی برای مشخص کردن راستا و جهت معیارهای ممیزی 10 امتیاز</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>پروتکل های تشخیصی درمانی براساس راهنماهای بالینی مصوب وزارت بهداشت</li> <li>استانداردهای پیامد براساس شواهد پژوهشی معتبر یا راهنماهای بالینی مصوب وزارت بهداشت</li> <li>استانداردهای فرایند براساس شواهد پژوهشی معتبر یا راهنماهای بالینی مصوب وزارت بهداشت</li> </ul> | <p>شواهد پژوهشی معتبر در طبابت بالینی استفاده شود</p> |

| حاکمیت بالینی |   |                               |
|---------------|---|-------------------------------|
| امتیاز ملاک   | زیر ملاک                                | ملاک های پیشنهادی جهت ارزیابی |
| 100           | حداقل چهار مورد ممیزی بالینی انجام شود* | ممیزی بالینی                  |

### \*ممیزی بالینی

فعالیت اصلی: ممیزی عملکرد بالینی برای 4 استاندارد در سال  
ملاکهای امتیاز دهی: هر ممیزی 25 امتیاز

- 1- تدوین معیار و استاندارد ممیزی بالینی بر پایه راهنماهای بالینی یا شواهد معتبر پژوهشی نحوه امتیاز دهی: کل امتیاز اختصاص یافته برای تدوین معیار و استاندارد ممیزی بالینی معادل 5 می باشد. البته امتیاز اضافی معادل 2 امتیاز نیز به ازای تدوین هر معیار پیامدی تعلق خواهد گرفت. برای مثال در صورتی که بیمارستان توانسته باشد مبنای ممیزی بالینی خود را براساس معیار پیامدی انجام داده باشد به جای 5 امتیاز، 7 امتیاز به او تعلق خواهد گرفت.
- 2- تعیین ملاکهای ارزیابی عملکرد مرتبط و معتبر 5 امتیاز
- 3- برنامه ریزی صحیح برای ثبت شاخصهای ارزیابی عملکرد 5 امتیاز
- 4- اندازه گیری صحیح شاخصها 2.5 امتیاز
- 5- برنامه ریزی صحیح برای دستیابی به استانداردها 7.5 امتیاز

### مستندات لازم

| نحوه امتیاز دهی  | مستندات  | استاندارد                                     |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>به ازای هر ممیزی بالینی (25 امتیاز اختصاص می یابد)</li> <li>ملاکهای امتیاز دهی: هر ممیزی 25 امتیاز</li> <li>1- تدوین معیار و استاندارد ممیزی بالینی بر پایه راهنماهای بالینی یا شواهد معتبر پژوهشی</li> <li>نحوه امتیاز دهی: کل امتیاز اختصاص یافته برای تدوین معیار و استاندارد</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>مستندات مبنی بر انجام چهار مورد ممیزی بالینی</li> </ul> | <p>حداقل چهار مورد ممیزی بالینی انجام شود</p> |

|   |  |  |
|---|--|--|
| <p>ممیزی بالینی معادل 5 می باشد.</p> <p>البته امتیاز اضافی معادل 2 امتیاز نیز به ازای تدوین هر معیار پیامدی تعلق خواهد گرفت. برای مثال در صورتی که بیمارستان توانسته باشد مبنای ممیزی بالینی خود را براساس معیار پیامدی انجام داده باشد به جای 5 امتیاز، 7 امتیاز به او تعلق خواهد گرفت.</p> <p>2- تعیین ملاکهای ارزیابی عملکرد مرتبط و معتبر 5 امتیاز</p> <p>3- برنامه ریزی صحیح برای ثبت شاخصهای ارزیابی عملکرد 5 امتیاز</p> <p>4- اندازه گیری صحیح شاخصها 2.5 امتیاز</p> <p>5- برنامه ریزی صحیح برای دستیابی به استانداردها 7.5 امتیاز</p> |  |  |
|---|--|--|

| حاکمیت بالینی |  |                               |
|---------------|--|-------------------------------|
| امتیاز ملاک   | زیر ملاک   | ملاک های پیشنهادی جهت ارزیابی |
| 50            | • سیستم HIS در بیمارستان استقرار یافته باشد                                      | استفاده از اطلاعات            |
| 25            | • مداخلات موثر بر اساس 5 شاخص ابلاغ شده اوژانس کشور انجام شود                    |                               |
| 40            | • مداخلات موثر بر اساس شاخصهای تعیین شده برحسب نوع تخصص هر بیمارستان انجام پذیرد |                               |

| نحوه امتیاز دهی  | مستندات  | استاندارد   |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>در صورت وجود سیستم امتیاز کامل (5 امتیاز) و در صورت عدم وجود سیستم (0 امتیاز) تعلق میگیرد.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>مشاهده سیستم HIS</li> </ul>   | <p>سیستم HIS در بیمارستان استقرار یافته باشد</p>                                      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>در صورت وجود مستنداتی که نشان دهد گزارشات ماهانه گرفته شده، به اطلاع مدیریت ارشد بیمارستان رسانده می شود. (15 امتیاز اختصاص می یابد)</li> <li>در صورت وجود مستندات دال بر انجام اقدامات اصلاحی از سوی مدیریت بیمارستان براساس گزارشات گرفته شده از سیستم HIS. (20 امتیاز اختصاص می یابد)</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>وجود مستنداتی که نشان دهد گزارشات ماهانه گرفته شده، به اطلاع مدیریت ارشد بیمارستان رسانده می شود</li> <li>مستندات مبنی بر انجام اقدامات اصلاحی از سوی مدیریت بیمارستان براساس گزارشات گرفته شده از سیستم HIS</li> </ul> | <p>مدیریت بیمارستان از اطلاعات HIS استفاده کند</p>                                    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>در صورت تهیه شناسنامه برای شاخصها طبق دستورالعمل کشوری، (10 امتیاز) اختصاص می یابد (توجه شود که به ازای هر شاخص (2 امتیاز) در نظر گرفته می شود که حداقل 5 شاخص می بایست دارای شناسنامه باشند)</li> <li>در صورت جمع آوری شاخصها طبق سطوح و تناوب مورد تایید دستورالعمل، 5 امتیاز در نظر گرفته می شود (به ازای هر شاخص 1 امتیاز اختصاص می یابد)</li> <li>در صورت وجود مستنداتی دال بر تحلیل شاخصها و انجام اقدامات اصلاحی بر اساس بازخوردهای ارائه شده. 10 امتیاز اختصاص می یابد (به ازای هر شاخص 2 امتیاز)</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>شناسنامه شاخصها طبق دستورالعمل کشوری</li> <li>جمع آوری شاخصها طبق سطوح و تناوب مورد تایید دستورالعمل</li> <li>وجود مستنداتی دال بر تحلیل شاخصها و انجام اقدامات اصلاحی بر اساس بازخوردهای ارائه شده</li> </ul>          | <p>مداخلات موثر بر اساس 5 شاخص ابلاغ شده اوژانس کشور انجام شود</p>                    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>در صورت تعیین و تعریف 4 شاخص فرایندی یا بروندهی برحسب نوع تخصص بیمارستان، 40 امتیاز (به ازای هر شاخص 10 امتیاز) اختصاص می یابد.</li> <li>توجه: در تعیین و تعریف هر یک از این دو شاخص بایستی توجه گردد که نام هر شاخص، نوع شاخص و میزان هدف باید ذکر گردد و شاخص بطور کامل با ذکر صورت و مخرج تعریف گردد که در صورت توجه به این موارد (به ازای هر شاخص 2 امتیاز)</li> <li>در صورت ثبت فرمول شاخص و ذکر مبنا و دوره اندازه گیری (هر شاخص 2 امتیاز اختصاص می یابد)</li> <li>در صورت ثبت نام و امضای گردآورنده شاخص، منبع گردآوری شاخص، سطوح و تناوب گزارش دهی و ارائه بازخورد. (هر شاخص 3 امتیاز اختصاص می یابد)</li> <li>در صورت تعیین و اندازه گیری چالشها و موارد مخدوش کننده (براساس نظر متدولوژیست). (هر شاخص 3 امتیاز اختصاص می یابد)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>تعیین و تعریف 4 شاخص فرایندی یا بروندهی برحسب نوع تخصص بیمارستان</li> </ul>   | <p>مداخلات موثر بر اساس شاخصهای تعیین شده برحسب نوع تخصص هر بیمارستان انجام پذیرد</p> |

مصاحبه:

| سوال  | نحوه امتیازدهی   |
|---|--|
| گزارشات گرفته شده بطور ماهانه به اطلاع مدیریت ارشد ارستان رسانیده می شود؟ | در صورتی که گزارشات گرفته شده بطور ماهانه به اطلاع مدیریت ارشد بیمارستان رسانیده شود (5 امتیاز) و در صورت عدم اطلاع مدیریت ارشد (0 امتیاز) اختصاص می یابد. |
| مدیریت بیمارستان از نحوه انجام اقدام اصلاحی اطلاع ؟                       | در صورتی که مدیریت بیمارستان از نحوه انجام مداخله اصلاحی بر اساس اطلاعات HIS اطلاع داشته باشد (5 امتیاز) و در صورت عدم اطلاع (0 امتیاز) تعلق می گیرد.      |

| حاکمیت بالینی |   |                               |
|---------------|---|-------------------------------|
| امتیاز ملاک   | زیر ملاک  | ملاک های پیشنهادی جهت ارزیابی |
| 20            | • نظام رسیدگی به شکایات در بیمارستان استقرار یافته است.   | تعامل با بیماران و جامعه      |
| 5             | • گروه آموزش به بیمار (زیرکمیته بهبود کیفیت) در بیمارستان وجود دارد   |                               |
| 21            | • بیمارستان دارای برنامه مدون جهت آگاه سازی بیماران و همراهان در ارتباط با حقوقشان و همچنین خدمات درمانی و غیر درمانی قابل ارائه می باشد. * |                               |
| 59            | • برنامه آموزش به بیمار در حین بستری در بیمارستان استقرار یافته است   |                               |
| 30            | • بیمارستان دارای برنامه ای جهت ارائه مراقبت های پس از ترخیص می باشد. *<br>(دستورالعمل پس از ترخیص بیماران روانی اداره سلامت روان)          |                               |
| 20            | • دستورالعمل رفتار با کودک ابلاغ شده اداره سلامت روان وزارت بهداشت در بیمارستان اجرا شده است  |                               |
| 10            | • برنامه رضایت سنجی بیماران در بیمارستان استقرار یافته است.   |                               |

\* لازم به ذکر است که صرفاً بیمارستان های روانپزشکی علاوه بر اجرای مصادیق دیگر، دستورالعمل پس از ترخیص بیماران روانی اداره سلامت روان را طبق راهنمای اداره سلامت روان ارائه نمایند.

سندتات لازم

| استاندارد  | مستندات  | نحوه امتیاز دهی |
|--|--|-----------------|
| وجود شیوه هایی جهت دریافت شکایات (تلفنی-مکاتبه ای - حضوری اینترنتی.....) | مشاهده مستندات مبنی بر وجود سیاست برای دریافت شکایات | 1 امتیاز        |

|   |   |  |
|---|---|--|
| 1 امتیاز  | مشاهده مستندات  | اختصاص فردی به عنوان مسئول رسیدگی به شکایات                                |
| 1 امتیاز  | مشاهده مستندات  | اختصاص کد به هر شکایت و دادن آن کد به فرد شاکی                             |
| 3 امتیاز  | مشاهده مستندات مبنی بر طبقه بندی شکایات بر اساس اولویت، شدت، تکرار، و همچنین نوع شکایات (اداری، مالی، بالینی، خدمات، قصور) و ارجاع بر آن اساس | طبقه بندی شکایات بر اساس اولویت، شدت، تکرار، و نوع شکایت                   |
| در صورتی که بالای 75% شکایات به نتیجه رسیده باشد.<br>6 امتیاز<br>50 تا 75% شکایات به نتیجه رسیده باشد.<br>4 امتیاز<br>25% تا 50% شکایات به نتیجه رسیده باشد.<br>2 امتیاز<br>زیر 25% شکایات به نتیجه رسیده باشد.<br>1 امتیاز | وجود شاخص حل و فصل شکایات بر اساس: درصد شکایات های حل و فصل شده به کل شکایات  | میزان حل و فصل شکایات (بصورت درجا و یا ارجاع به سطوح ذیربط)                |
| 2 امتیاز  | مشاهده مستندات  | تحلیل وثبت شکایات  |
| 2 امتیاز  | گزارش اقدامات و وجود برنامه عملیاتی جهت انجام اصلاحات   | انجام اقدامات اصلاحی   |
| اعضای گروه شامل معاون آموزشی بیمارستان، سوپروایزر آموزشی، سرپرستار و افراد واجد صلاحیت بر اساس تایید تیم بوده و کار این گروه برنامه ریزی و نظارت بر امر آموزش می باشد<br>5 امتیاز   | بررسی مستندات مربوط به تشکیل منظم جلسات به صورت ماهانه  | گروه آموزش به بیمار به عنوان زیر کمیته بهبود کیفیت در بیمارستان وجود دارد. |
| استفاده از روش های مختلف مثل جزوه، پمفلت، کتاب...<br>5 امتیاز   | مشاهده مستندات  | داشتن برنامه مدون آموزش به بیماران برای پنج بیماری شایع در هر بخش          |
| در صورتیکه بیمارستان دارای برنامه جامع آموزش به بیمار در ارتباط با:<br>3 بیماری شایع در بیمارستان باشد<br>6 امتیاز<br>برای 2 بیماری شایع  | مشاهده مستندات  | داشتن برنامه جامع آموزش به بیماران برای سه بیماری شایع در بیمارستان        |

|   |   |  |
|---|---|--|
| <p>4 امتیاز<br/>برای یک بیماری<br/>2 امتیاز</p>   |   |  |
| <p>مشاهده پرونده سه بیمار بر اساس سه بیماری شایع در بیمارستان و بررسی از نظر اینکه آیا بیمار بطور کامل و با تاکید بر موارد زیر آموزش دیده اند (ارزیابی توان و تمایل بیمار برای یادگیری امتیاز)، ارزیابی نیازهای آموزشی بیمار و درج آنها در پرونده وی، تنظیم اهداف آموزش به بیمار بر اساس اولویت های آموزشی، انتخاب استراتژی های آموزشی مناسب برای هر بیمار و ارزشیابی) برای هر بیماری 6 امتیاز و در مجموع 12 امتیاز</p> | <p>مشاهده مستندات</p>                               | <p>بررسی پرونده بیمارانی که بر اساس برنامه جامع آموزش یه بیمار آموزش دیده اند.</p> |
| <p>بیمارستان دارای برنامه آموزش به بیماران به صورت گروهی و برگزاری این کلاس ها بصورت منظم باشد<br/>5 امتیاز</p>   | <p>مشاهده مستندات</p>                               | <p>برگزاری برنامه آموزش به بیماران به صورت گروهی</p>                               |
| <p>در صورتیکه بیمارستان با بیش از 50% بیماران (حد اقل برای سه بیماری شایع) 2-4 روز پس از ترخیص، تماس تلفنی جهت حل مشکلات احتمالی برقرار نماید<br/>10 امتیاز<br/>اگر با 50-25% بیماران تماس بگیرد<br/>5 امتیاز<br/>اگر با 25-1% بیماران تماس بگیرد<br/>2 امتیاز</p>  | <p>مشاهده مستندات مربوط به برقراری ارتباط تلفنی</p> | <p>برقراری ارتباط تلفنی با بیماران 2-4 روز پس از ترخیص</p>                         |
| <p>5 امتیاز</p>   | <p>مشاهده مستندات</p>                               | <p>اختصاص بخشی از وب سایت بیمارستان برای امر آموزش به بیمار</p>                    |
| <p>5 امتیاز</p>   |   | <p>وجود روانشناس در بخش و یا درمانگاه کودکان و نوجوانان</p>                        |
| <p>5 امتیاز</p>   |   | <p>آشنایی پرسنل بخش و درمانگاه کودکان با علائم و نشانه های کودک آزاری و ارجاع</p>  |

|            |                |   |
|------------|----------------|---|
|            |                |   |
| امتیاز 1   | مشاهده مستندات | پرسشنامه رضایت سنجی بیمار موجود است                   |
| 2.5 امتیاز | مشاهده مستندات | تحلیل و اقدام اصلاحی بر اساس نتایج فرم های رضایت سنجی |

مصاحبه

| نحوه امتیازدهی  | سوال   |
|---|--|
| در صورتیکه فرد مسئول رسیدگی به شکایات درموردآگاه کردن پرسنل و بیماران از شیوه های متعدد دریافت شکایت و چگونگی رسیدگی به آن (2 امتیاز اختصاص می یابد)  | آیا مسئول رسیدگی به شکایات درموردآگاه کردن پرسنل و بیماران از شیوه های متعدد دریافت شکایت و چگونگی رسیدگی به آن اطلاع دارد؟                        |
| در صورتیکه فرد مسئول در مورد درحال اجرا بودن اقدامات اصلاحی اطلاع دارد(2 امتیاز اختصاص می یابد)   | آیا بر اساس شکایات واصله اقدامات اصلاحی انجام میگیرد؟  |
| مصاحبه با 2 نفر از پرسنل (آیا منشور حقوق بیمار را کاملا و به درستی برای بیمار و همراهان مطرح می کنند) (2 امتیاز اختصاص می یابد) مصاحبه با هر پرسنل 1 امتیاز                                   | آیا پرسنل برای رعایت حقوق بیمار آموزش لازم را دیده اند؟  |
| مصاحبه با 2 بیمار و یا در صورت لزوم همراهان از نظر آشنایی با حقوق خود (4 امتیاز اختصاص می یابد) مصاحبه با هر بیمار 2 امتیاز   | آیا بیماران و خانواده با منشور حقوق بیمار آشنایی دارند؟  |
| مصاحبه با 2 نفر از بیماران (آیا از این خدمات اطلاع دارند؟) و یک نفر از پرسنل (آیا بیماران را توجیه می کنند؟) (3 امتیاز اختصاص می یابد) مصاحبه با هر بیمار 1 امتیاز و مصاحبه با پرسنل 1 امتیاز | معرفی خدمات غیر درمانی مانند نشان دادن محل پله اضطراری - دستشویی - زنگ اخبار - نحوه استفاده از اهرم های تخت - نحوه استفاده از امکانات موجود در بخش |
| مصاحبه با 2 بیمار به صورت تصادفی (آشنایی با پزشک معالج، دستیاران مربوطه (در صورت وجود)، پرستار مسئول در هر شیفت) (2 امتیاز اختصاص می یابد) مصاحبه با هر بیمار 1 امتیاز                        | آیا کلیه کارکنان ارائه دهنده خدمت به بیمار خود را معرفی می کنند؟   |
| مصاحبه با 2 بیمار به صورت تصادفی (2 امتیاز اختصاص می  | آیا پوشش مناسب بیمار رعایت می گردد؟  |



|   |   |
|---|---|
| یابد) مصاحبه با هر بیمار 1 امتیاز   | آیا طرح انطباق رعایت می گردد؟   |
| مصاحبه با 2 نفر از بیماران (2 امتیاز اختصاص می یابد)<br>مصاحبه با هر بیمار 1 امتیاز   | آیا جدا سازی بیماران در اطاق های چند تخته با استفاه از پرده صورت می گیرد؟ |
| مصاحبه با 2 بیمار به صورت تصادفی (2 امتیاز اختصاص می یابد) مصاحبه با هر بیمار 1 امتیاز  | توجیه لازم در مورد هزینه های درمان و بیمه برای بیماران صورت میگیرد؟       |
| مصاحبه با 2 بیمار به صورت تصادفی (4 امتیاز اختصاص می یابد) مصاحبه با هر بیمار 2 امتیاز  | برنامه آموزش به بیمار در حین بستری استقرار یافته است؟                     |
| <p>مصاحبه با 2 بیمار به صورت تصادفی</p> <p>1- اطمینان یافتن از اینکه پزشک معالج به بیماران و خانواده آنها در مورد تشخیص و شرایط تایید شده، توضیح کافی ارائه نموده است. (4 امتیاز اختصاص می یابد) مصاحبه با هر بیمار 2 امتیاز</p> <p>مصاحبه با 5 بیمار به صورت تصادفی در بخش های مختلف و</p> <p>2- اطمینان یافتن از اینکه بیماران با نوع بیماری، مراقبت، درمان و عوارض، آموزش نحوه استفاده ایمن و موثر از تمامی داروهای بیمار، استفاده ایمن و موثر از تجهیزات پزشکی و وسایل کمک درمانی اثرات احتمالی میان داروهای تجویزی و داروهای دیگر و تغذیه بیمار، تغذیه و رژیم غذایی مناسب برای بیمار، مدیریت درد، آموزش تکنیک های بازتوانی (موارد بر حسب نوع بیماری بررسی شود) بر اساس پنج بیماری شایع در هر بخش با استفاه از روش های مختلف آموزش می بینند.</p> <p>(15 امتیاز اختصاص می یابد) مصاحبه با هر بیمار 3 امتیاز</p> <p>3- مصاحبه بصورت تصادفی با 3 بیماری که بر اساس برنامه جامع آموزش به بیمار آموزش دیده اند. (9 امتیاز اختصاص می یابد) مصاحبه با هر بیمار 3 امتیاز</p> <p>4- مصاحبه بصورت تصادفی با 2 نفر از پرسنل آموزش به بیمار در مورد نحوه انجام آموزش و اطمینان از اینکه کلیه پرسنل آموزش دهنده بر اساس برنامه ریزی گروه آموزش به بیمار، آموزش را ارائه می دهند. (4 امتیاز اختصاص می یابد) مصاحبه با هر پرسنل 2 امتیاز</p> |   |

|  |   |
|--|---|
| <p>آیا دستیابی به مراقبت های اورژانس در صورت لزوم کافی و به موقع می باشد؟</p>  | <p>مصاحبه تصادفی با 2 بیمار در حال ترخیص یا مرخص شده در مورد چگونگی دستیابی به مراقبت های اورژانس پس از ترخیص از بیمارستان. (4 امتیاز اختصاص می یابد) مصاحبه با هر بیمار 2 امتیاز</p> |
| <p>آیا بیمارستان برنامه آموزش به بیماران به صورت گروهی را اجرا می نماید؟</p>   | <p>مصاحبه تصادفی با 2 بیمار که در این کلاس ها حضور داشته اند؟ در صورت عدم دسترسی به بیمار از طریق تلفنی چک شود؟ (2 امتیاز اختصاص می یابد) مصاحبه با هر بیمار 1 امتیاز</p>             |
| <p>آیا اطلاع رسانی کلامی و نوشتاری جهت مراجعات بعدی به بیمار صورت میگیرد؟</p>  | <p>مصاحبه با 2 بیمار در حال ترخیص یا مرخص شده به صورت تصادفی (4 امتیاز اختصاص می یابد) مصاحبه با هر بیمار 2 امتیاز</p>  |
| <p>آیا بیمارستان آدرس سایت ها و منابع و مراکز مرتبط با آموزش بیمار در سطح جامعه را در اختیار بیماران می گذارد.</p>       | <p>مصاحبه با 2 بیمار در حال ترخیص یا مرخص شده به صورت تصادفی (4 امتیاز اختصاص می یابد) مصاحبه با هر بیمار 2 امتیاز</p>  |
| <p><b>ارتباط صحیح با کودک و والد در بدو ورود</b></p>   | <p>5 امتیاز</p>   |
| <p><b>توجه به نیازهای عاطفی، رفاهی، بهداشتی و درمانی، جسمی و ارتقاء سلامت روان کودکان و نوجوان در بخش و درمانگاه</b></p> | <p>5 امتیاز</p>   |
| <p>آیا مسئول مربوطه از روش انجام رضایت سنجی اطلاع دارد؟</p>  | <p>مصاحبه با فرد مسئول (4 امتیاز اختصاص می یابد)</p>  |
| <p>آیا مسئول مربوطه از روش تحلیل پرسشنامه های رضایت سنجی اطلاع دارد؟</p>   | <p>مصاحبه با فرد مسئول (2.5 امتیاز اختصاص می یابد)</p>  |

| نام محور       | امتیاز |
|----------------|--------|
| مدیریت و رهبری | 170    |

|      |                          |
|------|--------------------------|
| 100  | آموزش و مدیریت کارکنان   |
| 356  | مدیریت خطر و ایمنی بیمار |
| 115  | استفاده از اطلاعات       |
| 110  | اثربخشی بالینی           |
| 100  | ممیزی بالینی             |
| 165  | تعامل با بیماران و جامعه |
| 1116 | جمع کل                   |