

تاریخچه اعتباربخشی چیست؟

کالج جراحان امریکا توسط فرانکلین مارتین و کودمن در سال ۱۹۱۳ راه اندازی و در سال ۱۹۱۷ برای اولین بار حداقل استانداردهایی را برای بیمارستان ها تنظیم نمود. در سال ۱۹۵۱ کالج پزشکان امریکا، انجمن بیمارستانهای امریکا، انجمن پزشکی امریکا و انجمن پزشکی کانادا به کالج جراحان امریکا ملحق شدند و کمیته مشترک ارزیابی بیمارستان ها. JCAH تشکیل شد از سال ۱۹۸۷ به بعد این سازمان به عنوان کمیته مشترک اعتباربخشی سازمان های مراقبت بهداشتی JCAHO=(Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations) تغییر نام یافت از سال ۱۳۹۰ نیز این مدل به عنوان جایگزین نظام ارزشیابی قدیمی ایران انتخاب شد از سال ۱۳۹۲ کلیه بیمارستانها با این مدل ارزشیابی و تعیین اعتبار شدند.

اعتباربخشی چیست؟

اعتباربخشی فرایندی است که طی آن بیمارستان توسط بازرسین وزارت بهداشت بر طبق استانداردهای از پیش تعیین شده ارزیابی میگردد و مطابق امتیاز به دست آمده درجه دریافت میکند.

اهداف اعتباربخشی چیست؟

- جلب اعتماد جامعه
- جایگزینی مدل اعتباربخشی به جای ارزشیابی بیمارستانهای تک تخصصی
- ارتقای مستمر کیفیت تمام خدمات قابل ارائه در بیمارستان
- تضمین ایمنی گیرندگان و ارائه دهندگان خدمت
- اجرای فرآیندهای درمانی مبتنی بر استاندارد و در نظر گرفتن پیامدهای سلامت
- یاری رساندن به مدیران و رهبران بیمارستان در عمل به وظایف خطیر خود و در حوزه مراقبتی
- ارائه الگوی نظارتی یکپارچه جهت اطمینان از ارائه خدمات مراقبتی کیفی ، ایمنی و مبتنی بر شواهد علمی روز
- ایمنی و بیمار محوری در کنار ارتقای کیفیت خدمات
- پیگیری مراتب اجرایی پیاده سازی استانداردهای اعتباربخشی در سطح بیمارستان
- بازدید و پایش اقدامات انجام شده واحدهای بیمارستان از نظر مستندات اعتباربخشی

محور های اصلی استاندارد های اعتباربخشی

- ✓ مدیریت و سازماندهی
- ✓ مدیریت و توانمندسازی منابع انسانی
- ✓ امکانات و ملزومات
- ✓ ایمنی ، بهبود کیفیت و جمع آوری داده ها

ارکان اعتباربخشی بیمارستان

- همکاری ریاست و مدیریت بیمارستان در بهبود فرآیندها و مراقبتهای انجام شده در بیمارستان
- حفظ و ارتقای ایمنی بیمار و کارکنان
- توانمندی نیروی انسانی و استفاده از تکنولوژی های مدرن
- تضمین بهبود کیفیت به طور مستمر

✓ نکته: لازم به ذکر است اعتباربخشی بیمارستان جایگزین ارزشیابی سالانه برای بیمارستان گردیده است و موفقیت در اعتباربخشی تأثیر چشمگیری در افزایش درآمد بیمارستان و انتفاع تمام کارکنان بیمارستان دارد.

اعتباربخشی چند محور و زیر محور دارد؟ شامل ۳ حیطه و ۱۹ محور می باشد
حیطه ها:

- رهبری و مدیریت
- مراقبت و درمان
- حمایت از گیرنده خدمت

۱۹ زیر محور اعتباربخشی

۱. رهبری و مدیریت کیفیت
۲. مدیریت خطر، حوادث و بلایا
۳. مدیریت منابع انسانی و سلامت حرفه ای
۴. مدیریت خدمات پرستاری
۵. فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت
۶. بهداشت محیط
۷. مدیریت تجهیزات پزشکی
۸. مراقبت های عمومی بالینی
۹. مراقبت های حاد و اورژانس
۱۰. مراقبت های جراحی و بیهوشی
۱۱. مراقبت های مادر و نوزاد
۱۲. پیشگیری و کنترل عفونت
۱۳. مدیریت دارویی
۱۴. خدمات تصویر برداری
۱۵. خدمات آزمایشگاهی
۱۶. طب انتقال خون
۱۷. خدمات سرپایی
۱۸. تامین تسهیلات برای گیرنده خدم
۱۹. احترام به حقوق گیرنده خدمت

در این دوره اعتباربخشی درجه بیمارستان ها در ۶ دسته تقسیم بندی میشوند

- ۱- بیمارستان های درجه یک عالی
- ۲- درجه یک برتر
- ۳- درجه یک
- ۴- درجه دو
- ۵- درجه سه
- ۶- درجه چهار

سطوح اعتباربخشی:

سنجه های اعتباربخشی در سه سطح طبقه بندی میشوند

- ✓ سنجه های سطح یک: اهمیت، حساسیت و امکان تحقق بالا و در حدود انتظارات اولیه و پایه فعالیت هر بیمارستان
- ✓ سنجه های سطح دو: امکان تحقق متوسط و در حدود انتظارات وضعیت فعلی بیمارستان ها
- ✓ سنجه های سطح سه: امکان تحقق پایین تر و فراتر از حدود انتظارات نسبت به وضعیت فعلی بیمارستان ها

اعتبار بخشی این دوره در سه حیطة و ۱۹ محور و ۱۱۰ استاندارد و ۵۱۴ سنجه به تفکیک ۲۱۴ سنجه در سطح یک، ۲۱۴ سنجه در سطح دو و ۸۶ سنجه در سطح سه است.

سه حیطة:

۱- حیطة مدیریت و رهبری شامل:

- رهبری و مدیریت و بهبود کیفیت
- مدیریت خطر و حوادث و بلایا(بحران)
- مدیریت منابع انسانی بهداشت حرفه ای
- مدیریت خدمات پرستاری
- بهداشت محیط
- فناوری و مدیریت اطلاعات سلامت
- مدیریت تجهیزات پزشکی

۲- حیطة مراقبت های درمان

- مراقبت های عمومی بالینی
- مراقبت های حاد و اورژانس
- مراقبت های جراحی و بیهوشی
- پیشگیری و کنترل عفونت
- مدیریت دارویی
- خدمات تصویربرداری
- خدمات آزمایشگاه
- طب انتقال خون
- خدمات سرپایی

۳- حیطة حمایت از حقوق گیرنده خدمت

- تامین تسهیلات برای گیرنده خدمت
- احترام به حقوق گیرنده خدمت

چشم انداز

چشم انداز ، اعلامیه جهت گیری سازمان می باشد و بیانگر هویت ، آرمان و چگونگی رسیدن به آن است . چشم انداز آرزوهای مدیریت برای کسب و کار را توصیف کرده، تصویری از مقصد آینده سازمان را ترسیم کرده و منطق چگونگی مناسب بودن این مطلب برای شرکت را شرح می دهد این اعلامیه به سه سؤال اساسی زیر پاسخ می گوید

ما به چه کاری مشغول هستیم؟ ماموریت

ما می خواهیم چه بشویم؟ آرمان

ما به چه ارزش هایی متصف می باشیم؟ ارزشها

در چشم انداز سازمان میخواهد بداند در آینده به چه جایگاهی دست پیدا می کند

ماموریت / رسالت (Mission)

در رسالت میخواهیم بدانیم چه هستیم و چه کاری میخواهیم انجام دهیم؟

ماموریت بیانگر علت وجودی سازمان است و جایگاه سازمان را از این جهت که به چه کاری اشتغال دارد نشان می دهد . برای تعریف ماموریت سازمان به چهار سؤال زیر پاسخ داده می شود

۱- چه چیزی ؟

۲- برای چه کسانی؟

۳- چگونه ؟

۴- چرا ؟

سیاستهای اصلی چیست؟

عباراتی است که جهت گیری ها، روال های کاری و اولویت های بیمارستان را برای اجرای منسجم وظایف/ ماموریت/ استراتژی های تعیین شده نشان میدهد. این سیاست ها توسط تیم رهبری و مدیریت تهیه، تصویب و ابلاغ میشود

ویژگی سیاست های بیمارستان چیست؟

برای تعیین سیاستهای اصلی نیاز است که ضعف ها و توانمندی های سازمان، وضعیت سلامت جامعه، عوامل برون سازمانی و انتظارات ذینفعان کلیدی شناسایی شده و از اطلاعات/ آمار/ مطالعات به روز استفاده شود. لازم به ذکر است شناسایی ضعف ها و توانمندی ها با شرایطی که مطرح شده است در سند استراتژیک بیمارستان انجام و به روز رسانی میشود. عوامل برون سازمانی میتواند شامل عوامل اقتصادی، اجتماعی و فناوری باشد. در واقع سیاست های اصلی بیمارستان چارچوب برنامه ریزی های مسئولان ارشد بیمارستان و هدایت گر برنامه ها و رفتار سازمانی هستند. سیاست ها بایستی همسو با سیاست های بالادستی وزارت بهداشت و برای بیمارستان های غیر دانشگاهی (وابسته به سازمانهایی غیر از وزارت بهداشت) همسو با مقررات سازمان متبوع آنها باشد

تفاوت استراتژی و سیاست در چیست؟

تفاوت استراتژی با سیاست در این است که استراتژی نشان میدهد که از کدام راه کلان برای رسیدن به اهداف کلان استفاده شود استراتژی های تعیین شده و یا ماموریت مشخص شده برای بیمارستان بر طبق چه اصول/ چارچوب/ روالی اجرایی شوند.

به عنوان مثال "ارتقای کیفیت بدون تحمیل هزینه اضافی به بیمار" در واقع سیاستی است که نشان می‌دهد، تبیین اهداف کلان، اتخاذ هرگونه استراتژی و تدوین برنامه‌های عملیاتی به منظور ارتقای کیفیت، بایستی بدون تحمیل هزینه اضافی به بیمار صورت پذیرد

برنامه استراتژیک، سند استراتژیک چیست؟

برنامه‌ای کلی طولانی مدت است (بسته به نوع سازمان افق متفاوتی دارد) که اهداف کلی مرکز و راه‌های رسیدن به آن را تبیین میکند و با مشارکت ذینفعان تدوین میشود و بیمارستان در سال‌های آینده مطابق آن عمل میکند.

سند استراتژیک مجموعه‌ای مستندی است که شامل برنامه استراتژیک، ارزیابی و کنترل اجرای استراتژی‌ها، اهداف عملیاتی/عینی/اختصاصی برای سالهای اجرای برنامه استراتژیک است که به آن برنامه عملیاتی هر سال (پس از تدوین هر برنامه عملیاتی) اضافه می‌شود. این مستند مهم دارای پیوست‌هایی است که حداقل شامل مطالعات انجام شده برای برنامه ریزی استراتژیک مطابق با مدل انتخاب شده و تشریح نحوه تدوین برنامه استراتژیک است

هر بیمارستان با بررسی سیاستها و اسناد بالادستی خود و با استفاده از یک الگوی شناخته شده علمی، اقدام به برنامه ریزی استراتژیک مینماید. ضروری است این مجموعه، حداقل بطور سالیانه مورد بازنگری قرار گیرد تا در صورتی که تغییرات جدیدی در محیط داخلی یا خارجی بیمارستان و یا تغییری در سیاستها و استراتژی‌های سازمان بالادست اتفاق افتاده، اصلاحات لازم انجام و مجدداً ابلاغ گردد. دارا بودن استراتژی به این معناست که تیم رهبری و مدیریت بیمارستان برای مجموعه تصمیم‌های خود، از الگو و تدابیر مشخص از پیش تعیین شده‌های تبعیت نماید. برای اطلاع بخشها/واحدها از استراتژی‌ها و اهداف بیمارستان، برنامه استراتژیک در دسترس الکترونیکی و بدون امکان چاپ یا کپی قرار گیرد و نیازی نیست که کل سند استراتژیک (یعنی مطالعات مربوط و تمام پیوسته‌های آن)، اطلاع‌رسانی شهود. برای سهولت در مدیریت مستندات و اطمینان از اینکه در صورت بازنگری یا ویرایش برنامه استراتژیک، آخرین نسخه در اختیار واحدها خواهد بود، ضروری است که امکان کپی یا چاپ از فایل به اشترا گذاشته شده حذف شود. اما توصیه میشود با توجه به توانمندیهای درون سازمانی، روشی مناسب انتخاب شود تا امکان اجرایی، برای تدوین برنامه استراتژیک، روشهای مختلف علمی وجود دارد کردن آن برای بیمارستان فراهم بوده و در مواقع لزوم آنرا بازنگری و به روز رسانی نماید. برنامه‌های ایمنی بیمار از اولویت‌های استراتژیک بیمارستان است و برنامه‌های عملیاتی با اهداف اختصاصی برای این مهم توصیه میشود. پنج ویژگی اهداف اسمارت شامل: اختصاصی، واقع بینانه، قابلیت اندازه‌گیری، دستیابی و زمانبندی است.

مدیریت مبتنی بر روزمرگی و تصمیم‌گیری مبتنی بر دریافت‌های حسی/گزارش‌های موردی بدون شواهد، تهدیدی جدی و آفتی خطرناک برای موفقیت هر سازمان است. مدیریت راهبردی منابع و اولویت‌بندی بکارگیری آنها در جهت تحقق اهداف کلان با لحاظ استراتژی‌ها موجب بهبود اثربخشی مدیریت و ترویج برنامه محوری در سطح بیمارستان میشود. سند استراتژیک مبنای تمام برنامه‌ریزی‌ها در بیمارستان است و برنامه عملیاتی مربوط به هر سال از سالهای اجرای برنامه استراتژیک، در پایان سال قبل یا ابتدای همان سال تدوین شده و به سند استراتژیک بیمارستان اضافه میشود. وجود دو جریان مستقل تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی بدون توجه به سند استراتژیک و برنامه‌های مبتنی بر سند استراتژیک در بیمارستان نشان دهنده عدم استقرار کامل این استاندارد مهم است. برنامه‌ریزی استراتژیک به منظور مدیریت کیفیت با لحاظ اولویت‌ها و شرایط بومی بیمارستان تدوین میشود. لذا بایستی در همه ابعاد مدیریتی مورد استناد باشد

در برنامه استراتژیک فرصت و تهدید به چه معنی است . ؟

فرصت ها (O) Opportunities: با تحلیل و ارزیابی محیط خارجی می توان مجموعه نقاط قوت و امکانات و منابع بالقوه خارج از سازمان را شناسایی و از آنها در جهت تحقق به اهداف سازمان بهره گیری نمود.

تهدید (T) Threats: به مجموعه عوامل و روش های موثر و مداخله خارج از سازمان که به عنوان موانع اجرای فعالیت های سازمان می گردد گفته می شود.

در برنامه استراتژیک نقاط قوت و نقاط ضعف به چه معنی است . ؟

نقاط قوت (S) Strengths: قوت منبع مهارت یا مزیت دیگری است نسبت به رقبا و نیاز های بازار هایی که موسسه در آنها کار می کند یا خواهد کرد قوت یک شایستگی ممتاز است که مزیت مقایسه ای موسسه در بازار می شود . قوت نقطه ی اتکای سازمان است که با استفاده از آن می خواهد به اهداف خود برسد " بر مبنای این نقاط قوت شاخه ی اجرایی را میتوان به موتوری قدرتمند برای رشد تغییر نو آوری و خدمت تبدیل کرد

نقاط ضعف (w) weak points: ضعف یک محدودیت یا کمبود در منابع مهارت ها و توانایی هایی است که جدا مانع عملکرد اثر بخش می شود . ضعف یک عمل درونی است که مختل کننده فعالیت های سازمان بوده و در رسیدن سازمان به اهدافش خلل ایجاد میکند پس لازم است تا سازمان این عوامل را در حد امکان به حد اقل رسانده و یا در جهت رسیدن به اهدافش از آنها بهره برداری نماید. ضعف ها عواملی هستند که هر سازمانی که وجود خارجی دارد قطعاً با آنها رو به رو است و نمی تواند از آنها دوری گزیند بلکه بایستی با درکی صحیح آنها را نظارت کرده و مهار نمایند

انواع موقعیت استراتژیک را نام ببرید؟

۱- استراتژی تهاجمی ۲- استراتژی تغییر جهت ۳- استراتژی تنوع ۴- استراتژی تدافعی

مقصود از استراتژی SO.WO.ST.WT چیست؟

هدف از استراتژی WT تدافعی (Defensive) کم کردن نقاط ضعف داخلی و پرهیز از تهدیدات ناشی از محیط خارجی است. در واقع چنین سازمانی می کوشد برای حفظ بقای خود از فعالیت های خود بکاهد (استراتژی های کاهش یا واگذاری) یا در سازمان های دیگر ادغام شود یا اعلام ورشکستگی کند و یا سرانجام منحل شود. سازمانی که بیشترین عواملش در این خانه متمرکز باشد وضعیت جالبی ندارد و سازمان ها و افرادی که این استراتژی را بکار می گیرند حالت تدافعی به خود می گیرند. در واقع سازمان می کوشد برای حفظ بقای خود از فعالیت های خود بکاهد و در بسیاری از امور سعی می کند تا با بقیه بخشها و افراد تهدیدکننده، هماهنگ تر شده و خواستگاهها و سیاستهای خود را با همسومنمایی تعدیل نماید. این استراتژی برای افراد یا سازمانهای ضعیفتر بوده یا در برابر و تقابل با افراد قویتر و لیدرها پیشنهاد می شود.

* استراتژی WO محافظه کارانه (Conservative) هدفش کاهش نقاط ضعف و افزایش فرصت هاست در این حالت شرکت ها به علت دارا بودن ضعف های اساسی امکان استفاده از فرصت های به دست آمده را ندارند. هدف از این استراتژی ها این است که از فرصت های موجود در محیط خارج بهره برداری نموده تا نقاط ضعف داخلی را بهبود ببخشد. در این حالت به دلیل داشتن ضعف داخلی نمیتوان از این فرصت های بدست آمده بهره برداری مناسب انجام شود. لذا لازم است تا از

فناوریهای جدید و نیروهای انسانی و افکار نو و خلاق و غیره بهره برداری مناسب انجام شود تا با از بین بردن نقاط ضعف از فرصت ها استفاده مناسب گردد

* استراتژی ST رقابتی و تنوع (Competitive) بر اساس توانمندی شرکت در مقابل تهدیدات بنا شده است هدف آن این است که توانمندیهای موجود را افزایش و در مقابل تهدیدات را کاهش دهد. در این حالت با استفاده از نقاط قوت خود اثرات ناشی از تهدیدات موجود بیرونی را کاهش داده یا آنها را از بین ببرند. بایستی قدرت درک بالا از شرایط و توانمندیهای شخصی و داخلی داشت تا بتوان در مسیر این استراتژی قرار گرفت.

* در استراتژی SO تهاجمی (Aggressive) هر شرکتی علاقه مند است که همیشه در این موقعیت قرار داشته باشد که بتواند بهره گیری از توانمندی ها و فرصت ها را به حد اکثر برساند. در قالب این استراتژی ها با بهره جستن از نقاط قوت داخلی تلاش می شود تا از فرصت های خارجی بهره برداری شده و با بهره گیری از نقاط قوت موجود ، فرصت ها را به حداکثر برسد.



اهداف اختصاصی باید دارای چه خصوصیتی باشد ؟

اهداف ویژه ی خوب-SMART (مخفف واژه های اختصاصی - قابل اندازه گیری- دست یافتنی - نتیجه مدار و وابسته به زمان) هستند.

اهداف استراتژیک و اهداف سالیانه (مقاصد) مطلوب، باید از ویژگی SMART برخوردار باشند که از حروف اول اصطلاحات زیر تشکیل می شود.

اختصاصی بودن (Specific): مقاصد سازمان و یا هر برنامه بایستی منعکس کننده نتایج مطلوبی باشد که در جستجوی آنها هستیم، نه اینکه بیانگر نحوه نیل به آن نتایج باشد. مقاصد سازمان بایستی استراتژیها و فعالیت های اختصاصی تر را ایجاد کرده و به قدر کافی جزئی شده باشند که توسط همه درک شده و جهت گیری های شفاف ایجاد نماید.

قابل سنجش بودن (Measurable): مقاصد سازمان، بایستی قابل سنجش باشند تا میزان تحقق و درصد پیشرفت برنامه را مشخص نمایند. روش و شاخص سنجش مقاصد بایستی قبل از اینکه کار بصورت واقعی شروع شود، تعیین گردد.

بزرگ ولی دست یافتنی بودن (Aggressive but Attainable): مقاصد سازمان مناسب انتخاب شوند، آنها به قدر کافی چالش دار بوده ولی در عین حال غیر ممکن نیز نخواهند بود. بعنوان مثال میزان مرگ و میر اطفال زیر یکسال را می توان کاهش داد ولی نمی توان آنرا حذف نمود.

مبتنی بر نتیجه بودن (Results-Oriented): مقاصد سازمان بایستی یک نتیجه خاص را دنبال نمایند. مثلاً تزریق 50 واکسن ثلاث اطفال زیر پنج سال بطور میانگین به ازای هر کارمند در هر روز.

زماندار بودن (Time-Bound): مقاصد سازمان بایستی دارای محدودیت زمانی بوده و شامل چند هفته یا حداکثر یکسال باشد. اگر مقاصد سازمان با سال مالی تنظیم شود بهتر قابل مدیریت خواهند بود.

فرایند تدوین برنامه استراتژیک را بنویسید؟

- ۱- ارزیابی محیط خارجی سازمان
- ۲- شناسایی مشتریان و گروه ذینفع
- ۳- ارزیابی محیط داخلی سازمان
- ۴- تعیین رسالت، دورنما و ارزش های سازمان
- ۵- شناسایی مشکلات استراتژیک
- ۶- تعیین اهداف و مقاصد سازمان
- ۷- تدوین استراتژی های سازمانی
- ۸- انتخاب شاخص های سنجش و پایش سازمانی

برنامه عملیاتی چیست؟

برنامه عملیاتی مستندی است شامل مجموعه فعالیتها و اقدامات زمان بندی شده (معمولاً در بازه زمانی یک سال) برای دستیابی به اهداف اختصاصی / عملیاتی / عینی در راستای به اجرا درآوردن تصمیمات استراتژیک با بهترین استفاده از منابع موجود (منابع انسانی، فیزیکی، مالی و اطلاعاتی). در تدوین برنامه عملیاتی، امکان در نظر گرفتن تحولات محیطی و اعمال اصلاحات لازم به شرط اینکه اهداف تعیین شده حاصل شود، وجود دارد. برنامه عملیاتی شامل اهداف اختصاصی / عملیاتی / عینی با ویژگی اسمارت بودن است و بر اساس اهداف کلان و استراتژی های مشخص شده در برنامه استراتژیک تعیین میگردند. ویژگی اسمارت بودن به خاص و مشخص بودن هدف (تمرکز آن بر یک موضوع مشخص)، قابل اندازه گیری بودن، قابل دسترس بودن، واقع گرا یا مرتبط بودن و زمانمند بودن هدف اشاره دارد. فعالیتهای لازم برای دستیابی به اهداف تعیین شده، مسئول اجرا و زمان اجرای هر فعالیت و منابع مورد نیاز (شامل منابع مالی، انسانی، اطلاعاتی و یا فیزیکی) برای هر فعالیت است. برای هر برنامه، مسئول پایش تعیین شده که در زمان های معین، اجرای فعالیت ها را پایش کرده و با اندازه گیری شاخص های تعیین شده، میزان تحقق اهداف اختصاصی / عملیاتی را تعیین و گزارش مینماید.

مقصود از چالش و فرصت بهبود چیست؟

منظور از چالش شده، سیاستهای اصلی سازمان را تحت تاثیر قرار میدهد و مواجه با آن دغدغه ذهنی برای مدیران است. تاثیر بر آثار چالش ها، تلاشی سخت و سرنوشت ساز نیاز دارد. لازم نقاط ضعف یا تهدیدهای سازمان که در تحلیل وضعیت موجود در سند استراتژیک نمی باشد. چالش ها معمولاً به عنوان یک، به ذکر است منظور از چالش در این استاندارد تهدید فوری در

سازمان پدیدار میشوند و تاثیرات مهمی در روندها و برنامه ها و نتایج میگذارند. مثال برای این مهم تاخیر غیر معمول در دریافت مطالبات از سازمان های بیمه گر و کاهش ناگهانی نقدینگی بیمارستان است. البته مسلم است که خود این چالش نیز تحت تاثیر چالش های فرادستی دیگر نمود پیدا میکند. اما در سازمانهای برنامه محور با حضور رهبری و مدیریت آگاه به اصول برنامه ریزی میتوان چالش ها را به موقع شناسایی نمود و فرصت بهبود/ جبران و کاهش آسیب پذیری را طراحی و اجرا نمود. به عنوان مثال طراحی مدل اقتصاد مقاومتی در بیمارستان با همه ابعاد فنی و اجرایی میتواند نسخه جبرانی برای مدیریت کمبود منابع باشد. در واقع تهدید کمبود منابع به فرصتی برای پویایی و ایجاد بهره وری بیشتر در سازمان تبدیل میشود. نقش رهبری و مدیریت در بیمارستان فراتر از چند تصمیم کوچک/ بزرگ در فرایند اجرایی است. این مهم تنها با خلاقیت در شیوه های رهبری و هدایت بهینه منابع در راستای برنامه های اقتصاد مقاومتی مدیریت میشود. البته تمامی تاثیرات چالشهای سیستمی را نمیتوان از بین بهر د میتوان عوارض سازمانی این چالشها را به حداقل رساند. اما به قدر وسع و توان سازمانی تیم رهبری و مدیریت فرصت بهبود عبارت است از هر وضعیت، موقعیت و شرایطی که امکان ایجاد ارزش/ منفعت/ بهبود برای سازمان داشته باشد. این فرصت میتواند با اعافه شدن ایده مناسب و یا لازم است در ابتدا این فرصتها را شناسایی نمود و سپس، منابع لازم تبدیل به ارزش/ منفعت/ بهبود گردد. برای اینکه بتوان از فرصتهای بهبود پیش آمده استفاده بهینه کرد با طراحی و ارائه ایده های کاربردی و یا برنامه های اجرایی، آن را به یک بهبود بالفعل در سیستم/ سازمان تبدیل نمود.

برنامه بهبود چیست؟

برنامه بهبود مستندی است که برای دستیابی به اهداف کیفیتی معین و به صورت یک برنامه اجرایی با فعالیتهای، زمانبندی، منابع و مجریان مشخص طراحی و تدوین میشود. برنامه بهبود همانند عملیاتی باید پایش و ارزیابی شود تا اطمینان حاصل شود که بیمارستان به اهداف تعیین شده دست پیدا کرده است

انواع ذینفعان :

ذینفعان داخلی. گروه های داخل بیمارستان یا افرادی هستند که مستقیماً در درون بیمارستان کار میکنند. مانند سهامداران، کارکنان، پیمانکاران و سایر ،

ذینفعان خارجی، گروه ها یا افرادی خارج از بیمارستان هستند که مستقیماً درون بیمارستان کار نمی کنند ولی تحت تاثیر تصمیم های آن قرار گرفته یا بر تصمیم های بیمارستان اثر می گذارند. مانند مشتریان/ بیماران، سازمانهای بالادست، سازمان های همکار مانند شهرداری ها، پزشکی قانونی و سایر.

ذینفعان کلیدی مخاطب هر یک از سیاستهای اصلی بیمارستان، گروهی از ذینفعان هستند که در پیامد نهایی حاصل از اعمال آن سیاست در فعالیت های بیمارستان تاثیرگذار هستند. از جمله ذینفعان کلیدی بیمارستان بیماران، کارکنان، سازمانهای سیاستگذار و بالادست، سهامداران، تامین کنندگان مهالی و سایر ذینفعانی هستند که معمولاً بیمارستان تمایل به افزایش ارتباط پویا با آنها داشته و نقش استراتژیک برای بیمارستان ایفا میکنند. امکان جایگزینی ذینفعان کلیدی به راحتی وجود ندارد. ذینفعان کلیدی توسط تدوین کنندگان سیاست، تعیین میشوند. روش اطلاع رسانی با تشخیص مسئولان ارشد بیمارستان بوده و ملاک ارزیابی آن، صرفاً آگاهی ذینفعان از سیاست های مرتبط با آنها است.

برخی از گروههای ذینفع:

- گروه بیماران به عنوان مشتریان اصلی بیمارستان
- گروه کارکنان و پزشکان
- گروه دانشجویان و دستیاران تخصصی (برای بیمارستان های آموزشی) به عنوان گروه دیگری از مشتریان اصلی بیمارستان

- گروه سهامداران
- تامین کنندگان (پیمانکاران، تامین کنندگان دارو و لوازم مصرفی پزشکی، ارائه دهندگان خدمات مختلف تعمیر و نگهداری، تامین کنندگان تجهیزات پزشکی و ...)
- سازمان متبوع (مانند وزارت بهداشت، سازمان تامین اجتماعی/ نیروی مسلح برای بیمارستانها تابعه خودشان، دانشگاه علوم پزشکی متبوع و ...)
- گروه سازمانهای همکار (مانند پزشکی قانونی، شهرداری و ...)

نمودار سازمانی چیست؟

نمودار سازمانی نمایش تصویری از ساختار داخلی سازمان است که ارتباطات ساختاری بین جایگاه های مختلف سازمانی و یا مشاغل را بیان میکند. نمودار سازمانی نمادی برای نشان دادن سلسله مراتب دستوردهی و دستورپذیری و مسیرهای گزارش گیری و گزارش دهی است. تدوین، تصویب و ابلاغ نمودار سازمانی با در نظر گرفتن واحدها/ بخش ها/ نقش های تعریف شده در بیمارستان و نحوه ارتباط آنها از نظر مسئولیت های تعیین شده و حدود اختیارات صورت می پذیرد. نمودار سازمانی صرفاً جدول معرفی مسئولان و اعضای سازمان نیست، بلکه توزیع ساختارمند اختیارات در بیمارستان را نشان میدهد. لذا انطباق این نمودار با ارتباط کاری واقعی، بین پست ها و نقش های مختلف سازمانی مد نظر است. طراحی نمودار سازمانی بایستی به نموی باشد که تداخل اختیارات و حدود مسئولیت ها بروز نکند. همچنین قوانین و مقررات سازمانهای بالا دستی مد نظر قرار گیرد و از ایجاد سمت های مغایر قوانین بالادستی خودداری شود. لازم است آخرین ویرایش نمودار سازمانی با وضعیت واقعی منطبق بوده و در عمل تداخل وظایف و مسئولیت ها وجود نداشته باشد.

کمیته های اصلی بیمارستان را نام ببرید؟

- ❖ کمیته پایش و سنجش کیفیت (مستقل)
- ❖ کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات (مستقل)
- ❖ کمیته اخلاق بالینی (مستقل)
- ❖ کمیته پیشگیری و کنترل عفونت و بهداشت ممیظ (به صورت مشترک / مستقل)
- ❖ کمیته مدیریت خطر حوادث و بلایا و کمیته حفاظت فنی و بهداشت کار (به صورت مشترک / مستقل)
- ❖ کمیته ترویج زایمان طبیعی و ایمن و ترویج تغذیه با شیر مادر (به صورت مشترک / مستقل)
- ❖ کمیته درمان، دارو و تجهیزات پزشکی و اقتصاد درمان (به صورت مشترک / مستقل)
- ❖ کمیته مرگ و میر و عوارض و زیر کمیته های مربوط (مشترک / مستقل)
- ❖ کمیته طب انتقال خون (مستقل)
- ❖ کمیته ارتقای خدمات اورژانس بیمارستان (مستقل)

حداقل های مورد انتظار فرم صورتجلسه کمیته شامل:

- ساعت و محل برگزاری جلسه ،
- دستور کار جلسه

- نتایج پیگیری مصوبات جلسات قبل
- شرح مباحث/ مذاکرات مطرح شده در جلسه
- مهلت زمانی اجرای مصوبات ، مسئول پیگیری مصوبات ، . مصوبات جلسه
- امضای اعضای حاضر و ذکر اسامی اعضای غایب جلسه و اخذ امضای غایبین پس از جلسه

نقش اصلی کمیته ها در چیست؟

ارتقا مستمر کیفیت خدمات و ایمنی بیماران

فرایند چیست؟

فرایند مجموعه ای از فعالیت های متوالی و مرتبط به هم است که برای تولید محصول یا ارائه خدمت یا دستیابی به نتایج برنامه ریزی شده انجام میگیرد. فرایند بایستی شروع و ساختار شفاف برای عملکرد ارائه نماید. فرآیندهای اصلی بیمارستان منظور آن ، خاتمه مشخص داشته و ضمن تعریف ورودی ها و خروجی ها و تعیین متولی و صاحبان فرایند گروه از فرایندها هستند که در ارتباط مستقیم با مشتریان بیمارستان تعریف میشوند. مشتریان منطبق با مأموریت های بیمارستان میتوانند شامل دانشجویان، بیماران، مراجعه کنندگان، مددجویان و ... باشند. به طور مثال فرایند ارائه خدمات آموزشی برای دانشجویان، فرایند ارائه خدمات درمانی سرپایی، فرایند ارائه خدمات درمانی بستری، فرایند ارائه خدمات اورژانسی، فرایند ارائه خدمات تشخیصی آزمایشگاهی و سایر.

فرایند های مرکز در سه دسته زیر تقسیم بندی میشوند:

- ۱- فرایند اصلی: فرایند هایی که ارتباط مستقیم با بیمار و امور مربوط به درمان دارند مثل فرایند دارو دهی
- ۲- فرایند پشتیبانی: مربوط به اموری است که پشتیبان امور مربوط به درمان هستند مثل فرایند خرید و تدارکات
- ۳- فرایند مدیریتی: برای تصمیم گیری و بهبود کیفیت خدمات مورد استفاده قرار میگیرند مثل فرایند رسیدگی به شکایات بیماران

ردیف	نام فرایند
۱	فرایند اتاق عمل
۲	فرایند احیا در موارد اورژانس
۳	فرایند آموزش به بیمار
۴	فرایند تریاژ بیمار در اورژانس
۵	فرایند ارائه خدمات بستری
۶	فرایند دارو دهی
۷	فرایند رسیدن به شکایات
۸	فرایند سپاس
۹	فرایند مشاوره خدمات درمانی
۱۰	فرایند هموویژیلانس
۱۱	فرایند پاراکلینیک
۱۲	فرایند پایش برنامه عملیاتی

شاخص چیست؟ (کلیه بخش ها می بایست از شاخص های واحد خود مطلع باشند)

جهت پایش عملکرد بیمارستان از یکسری اعداد و ارقام استفاده می شود که بصورت دوره ای پایش میشوند مثلا درصد میزان عفونت یک شاخص جهت سنجیدن عفونت میباشد یا درصد اشغال تخت یک شاخص جهت سنجیدن شلوغی بیمارستان می باشد. شاخص های ایمنی بیمار جز مهمترین شاخص ها مرکز هستند مثال درصد سقوط از تخت، میزان خطاهای بالینی، درصد زخم بستر، درصد عفونت های بیمارستانی و... که تمامی بخش ها می بایست از شاخص های ایمنی واحد خود مطلع باشد شاخص های هر بخش در فولدر بهبود کیفیت می باشد

سازمان مانند یک سیستم است. برای سنجش عملکرد یک سازمان میبایستی برای هر یک از اجزاء سیستم یکسری شاخص تعریف نمود که این شاخصهای برای اندازه گیری میزان دستیابی به آرمانها یا اهداف از قبل تعیین کننده در یک سازمان مورد استفاده قرار میگیرد. شاخصهای سنجش فرآیندها میتوانند به صورت شاخصهای ساختاری، فرآیندی و یا پیامدی باشند

شاخص های ساختاری یا درون دادی: آنچه به عنوان زیرساخت ضروری برای فعالیت مطلوب و ارتقای سلامت مطرح است که شامل منابع نیروی انسانی، منابع تجهیزاتی، منابع مالی و... خواهد بود و بدون آنها امکان طراحی و اجرای برنامه ها و تامین اهداف وجود ندارد، در این گروه از شاخص ها جای می گیرد. تعداد بیماران شرکت کننده در کلاسهای آموزشی، تعداد بیماران پذیرش شده در آزمایشگاه، نسبت تعداد کادر پرستاری در بخشهای بستری به تخت فعال

شاخص های فرآیندی: برای پایش فعالیت های در حال اجرا استفاده می شود و نحوه ارائه خدمات، روش ها و برنامه هایی که برای دستیابی به اهداف سازمانی بکار گرفته شود را پایش میکند. شاخص های میانگین زمانی، اغلب شاخص های فرآیندی هستند. میانگین زمانی انتظار جوابدهی بخش پاتولوژی، میانگین زمانی انتظار تزریق استرپتوکیناز به بیماران با تشخیص آنفارکتوس قلبی از بدو ورود به بیمارستان تا زمان تزریق

شاخص های پیامدی: شاخص هایی که نتایج فعالیت ها را نشان می دهد. شاخص های رضایتمندی و ایمنی بیمار و مواردی مانند میزان بروز زخم بستر در بیماران بستری، میزان افتادن بیمار در طول بستری، میزان مورتالیتی نوزادان زیر ۲۲ روز، جزء شاخص های پیامدی هستند.

تعیین نوع شاخص ها برای هر فرآیند به وضعیت موجود سازمان، مطالبات سازمان های بالادستی، هدف از ارتقاء فرآیند و ... بستگی دارد و میتواند برای هر فرآیند از سه نوع شاخص هم باشد. نکته مهم در تدوین شاخص ها اینست که باید توازن بین شاخص های ساختاری، فرآیندی و یا پیامدی در سازمان وجود داشته باشد. البته مفهوم توازن از منظر تعداد شاخص ها نیست بلکه منظور توجه به توازن در تعیین شاخص ها در هر سه حیطه ساختاری، فرآیندی و پیامدی است. به نحوی که بیمارستان صرفا بر یک حیطه متمرکز نشود.

شناسنامه شاخص: برای یکسان سازی مفاهیم و کسب اطلاعات دقیق لازم است برای هر شاخص شناسنامه تدوین شود که حداقل در آن نوع شاخص، نحوه اندازه گیری، بازه زمانی اندازه گیری، فرد مسئول جمع آوری شاخص، نحوه گزارش دهی بخش ها / واحدهای مرتبط مشخص شده باشد

نوع شاخص	عنوان شاخص
شاخص ساختاری	نسبت تخت فعال به ثابت
	فاصله چرخش تخت
	نسبت تخت روز بستری پذیرش بیماران برحسب منبع پذیرش بیمار
	ضریب اشغال تخت فعال
	متوسط زمان حضور بیمار از بدو پذیرش تا انتقال از اورژانس یا انتقال به بخش ترخیص/مرگ تعیین تکلیف
	نسبت بیماران دیالیزی به تخت دیالیز
	نسبت اعمال جراحی انجام شده به تخت عمل
	نسبت ساعت کار اتاق عمل به کل ساعت کار قابل استفاده
	گردش تخت اتاق عمل
	اعمال جراحی کنسل شده
	میزان زایمان های انجام شده از طریق سزارین
	متوسط اقامت بیمار بستری در بیمارستان
	میزان مرده زایی
شاخص ایمنی	میزان مرگ و میرنوزادان
	میزان مرگ کودکان
	مرگ مادران در اثر عوارض بارداری و زایمان
	میزان موربیدیتی مادران در اثر عوارض زایمان
	نسبت فوت به کل بستری شدگان
	مرگ ومیر بعد از عمل جراحی
	نسبت احیا موفق اولیه به کل احیاهای انجام شده
	نسبت احیا موفق ثانویه به کل احیاهای انجام شده
	متوسط زمان انتظار حضور تیم احیا پس از اعلام کد احیا
	نسبت تعداد موارد خطاهای پرستاری (دارویی به کل بیماران بستری)
	نسبت تعداد موارد زخم فشاری در بیماران به کل بستری شدگان
	نسبت تعداد کادر پرستاری که دچار آسیب های شغلی (جسمی - روحی - روانی) ناشی از حرفه در محیط کار شده اند به تعداد کل کادر پرستاری
	میزان عفونت بیمارستانی
	میزان سقوط بیمار
	تعداد بیماران در معرض سقوط
	تعداد سقوط بیمار به نسبت تخت
	شاخص فرایندی
زمان انجام مشاوره داخل بیمارستانی	
زمان انجام مشاوره خارج بیمارستانی	
شاخص عملکردی	نرخ بستری مجدد
	تعداد ترخیص با رضایت شخصی از بخش اورژانس
	تعداد ترخیص با رضایت شخصی از سایر بخش های بستری

میزان رضایت بیماران از خدمات بیمارستانی (در اورژانس)
میزان رضایت بیماران از خدمات بیمارستانی (به جز اورژانس)
میزان رضایت پرسنل براساس پرسشنامه
میزان برگزاری کمیته های بیمارستانی
درصد اجرای مصوبات کمیته ها
میزان برگزاری کمیته ها طبق بازه زمانی
میزان کسورات بیمه ای

کاربرد خط مشی و روش اجرایی و دستورالعمل ها در بخش شما چیست؟ (کلیه بخش ها می بایست از خط مشی و دستورالعمل و روش اجرایی واحد خود مطلع باشند)

در سنجش های اعتباربخشی از ما خواسته شده است برای برخی موارد مهم خط مشی روش اجرا یا دستورالعمل تدوین کنیم . خط مشی ها و روش اجرایی ها پس از تدوین با مشارکت کلیه پرسنل و اخذ تاییدیه های لازم از مدیران سازمان به وسیله ی ریاست، به بخش ها و واحدها ابلاغ می شوند و پرسنل پس از مطالعه طبق رویه ی تدوین شده به آن عمل میکنند و شیوه ی یکسان جهت انجام امور می باشد.

تفاوت خط مشی - دستورالعمل - روش اجرایی چیست؟

خط مشی: سیاست های بیمارستان است که در قالب توالی فعالیت ذکر میکنیم مانند ارزش گذاری فرهنگ دست

دستورالعمل: فعالیت هایی است که به صورت دستوری و طبق یک رفرنس و منبع معتبر گزارش میکنیم

روش اجرایی: مجموعه ای از فعالیت هایی که بصورت روتین انجام میدهیم و فرد انجام دهنده آن مشخص است

ردیف	عنوان خط مشی
۱	کسب اطمینان از اثر بخشی اقدامات بهداشت و حفاظت پرتوها
۲	اطلاع رسانی خبرهای ناگوار
۳	پذیرش و ترخیص بیماران در بخش های ویژه
۴	تداوم ارائه خدمات درمانی حیاتی در زمان وقوع حادثه
۵	نحوه اطلاع رسانی بدون هرگونه پنهان کاری وقایع ناخواسته که منجر به خسارت برای بیمار / خانواده / مراجعین
۶	شناسایی بیماران بد حال و اورژانسی در بخش های بستری
۷	غربالگری و محدودیت های کاری پرسنل در معرض خطر بیماری کووید-۱۹
۸	کنترل و صیانت از پرونده های بالینی در نقل و انتقال بین بخشها و واحدها
۹	مددکاری اجتماعی در بیمارستان
۱۰	مدیریت پیشگیرانه خطر
۱۱	مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد
۱۲	مهارت شیمیایی با دستور پزشک، به شیوه صحیح و ایمن

مه‌ار فیزیکی	۱۳
--------------	----

ردیف	عنوان دستورالعمل
۱	نظافت، شستشو و گندزدایی ICU
۲	نظافت، شستشو، گندزدایی و لکه زدایی اتاق عمل
۳	احتیاط در خصوص اجسام تیز و برنده جا مانده در لباس‌ها و ملحفه‌های کثیف
۴	الزامات مشترک کارشناس بهداشت محیط و کارشناس تغذیه
۵	انتقال دانش و تجربه راهبر (استاد) و رهجو (شاگرد)
۶	نظافت، شستشو و گندزدایی و لکه زدایی بخش‌های ایزوله عفونی
۷	نظافت، شستشو و گندزدایی آزمایشگاه
۸	تفکیک در مبدا پسماندهای عفونی
۹	تفکیک، جمع‌آوری، حمل و دفع پسماندهای آسیب‌شناختی
۱۰	ذخیره، توزیع و تحویل البسه/ملحفه تمیز
۱۱	جمع‌آوری و نگهداری موقت انواع پسماندها درون بخش‌ها
۱۲	نحوه حفظ زنجیره سرد و گرم با رعایت اصول بهداشتی در مراحل توزیع و سرو غذا
۱۳	درجه شستشوی ماشین‌های رختشویی برای تمامی البسه، ملحفه‌ها و سایر پارچه‌ها متناسب با جنس و نوع آنها
۱۴	ارتقا رتبه کارکنان
۱۵	استفاده از مواد حاجب
۱۶	انبارش ایمن
۱۷	انتخاب کارکنان
۱۸	انتصاب کارکنان
۱۹	بازگشت به کار شاغلین با احتمال ابتلا به کووید-۱۹
۲۰	دستورالعمل محافظت از فیزیک پرورنده‌های پرسنلی و صیانت از محرمانگی اطلاعات مندرج در آنها تدوین شده کارکنان مرتبط از آن آگاهی داشته و بر اساس آن عمل می‌نمایند
۲۱	بررسی وضعیت سلامتی کارکنان مشکوک یا مبتلا به بیماری یا موارد تماس با بیماران مشکوک، محتمل یا قطعی کووید-۱۹
۲۲	تخلیه اورژانس
۲۳	تنزل کارکنان
۲۴	دفع بهداشتی پسماندهای شیمیایی و دارویی
۲۵	اقدامات رعایت الزامات ایمنی بیمار در مراحل انجام تهاجمی خارج از اتاق عمل
۲۶	رعایت موازین کنترل عفونت در هنگام کار با لباس‌ها و ملحفه‌های آلوده
۲۷	سالم‌سازی میوه و سبزیجات
۲۸	اقدامات احتیاطی لازم در مواجهه با سموم مورد استفاده در بیمارستان
۲۹	شستشوی انواع البسه
۳۰	ضوابط بهداشتی آماده‌سازی و طبخ

کاربرد صحیح مواد شوینده و گندزدا	۳۱
نحوه برقراری ارتباط موثر و به موقع برای اطلاع رسانی نتایج بحرانی پاراکلینیک به مراجعین سرپایی/خانواده ایشان/پزشک معالج	۳۲
نظافت و گندزدایی سطوح و تجهیزات سردخانه متوفیان	۳۳
نظافت، گندزدایی و لکه زدایی آمبولانس ها	۳۴
نظافت، شستشو و گندزدایی بخش بیماران دارای نقص ایمنی و پیوند	۳۵
نگهداری و به روز رسانی شناسنامه تجهیزات	۳۶
نظافت، شستشو و گندزدایی بخش ویژه نوزادان	۳۷
نظافت، شستشو و گندزدایی واحدهای پشتیبانی	۳۸

ردیف	عنوان روش اجرایی
۱	پشتیبانی از سیستم های نرم افزاری و سخت افزاری بیمارستان
۲	پیشگیری و کاهش آلاینده های ناشی از ساخت و ساز در بیمارستان
۳	جمع آوری، تفکیک و جابجایی لباس ها و ملحفه های آغشته به مواد آلوده خطرناک یا مایعات بدن
۴	جمع آوری، تفکیک و جابجایی لباس ها و ملحفه های کثیف از بخش ها
۵	رعایت اصول بهداشتی در ارائه خدمات غذا به بیماران بستری در بخش های ویژه
۶	نگهداری و پشتیبانی منظم داده ها و اطلاعات الکترونیکی و تهیه نسخه پشتیبان
۷	دستورات تلفنی شفاهی
۸	کنترل صحت داده های ثبت شده در سامانه اطلاعات بیمارستانی
۹	نحوه فراخوان و رهگیری بسته های استریل
۱۰	پیشگیری و کنترل عفونتهای موضع جراحی یا محل نمونه برداری
۱۱	پیشگیری از عفونت مجاری تنفسی که از طریق انتوباسیون
۱۲	پیشگیری و کنترل عفونت کتتر های عروقی
۱۳	پیشگیری و کنترل عفونت کاتتر های ادراری
۱۴	شناسایی و گزارش دهی عفونت های بیمارستانی
۱۵	گزارش حوادث بیمارستان
۱۶	نحوه رعایت اصول حرفه ای و اخلاق بالینی در بیمارستان
۱۷	نظارت بر روند تعامل بخش های بالینی با سایر بخشها

نکات مددکاری اجتماعی:

- ۱- تانسول سوم سنجه اختصاصی جهت ارزیابی خدمات مددکاری تعریف نشده است. در این نسل (نسل چهارم) در حیطه حقوق گیرنده خدمت سنجه هایی به این واحد اختصاص داده شده است

۲- در فرم ارزیابی اولیه بیمار قسمتی برای شناسایی بیماران نیازمند خدمات مددکاری اختصاص داده شده است. در این قسمت بایستی افرادی که به خدمات مددکاری نیاز دارند شناسایی شوند و برای این افراد درخواست مشاوره مددکاری در سیستم HIS داده شود که متأسفانه در بسیاری از راند هایی که با تیم ارزیابی داخلی انجام میشود فقط بیماران افغانی و افرادی که بیمه ندارند را در این دسته قرار می دهند و این در حالی است که بسیاری از همین موارد را نیز در سیستم HIS بیمارستان ثبت نمیکنند

۳- گروه های هدف مددکاری اجتماعی: شامل کلیه ی افرادی است که خدمات مددکاری اجتماعی را دریافت میکنند یا به این خدمات نیازمند هستند و عبارتند از:

بیماران بی بضاعت و تحت پوشش سازمان های حمایتی ، کودکان، زنان باردار، افراد ناتوان و معلول، سالمندان، بیماران پیوندی، بیماران روانی، معلولان جسمی و ذهنی، محکومین یا مجرمین بیمار، افراد دارای اختلال مصرف مواد، افراد بدون سرپرست و مجهول الویه، نوزادان رها شده یا نوزادان متولد شده از ازدواج های غیر ثبتي با هویت نامعلوم پدر یا پدر غیر ایرانی، جمعیت های در معرض خطر، کودک آزاری، خشونت علیه زنان، خشونت علیه سالمندان، خشونت علیه معلولین، اقدام به خودکشی، اختلالات سایکوتیک، بی خانمانی، بیماری خاص، صعب العلاج، مادران پرخطر، بیماران غیر ایرانی فاقد مدرک، بیماران ایرانی فاقد بیمه دارای مدرک، اتباع بیگانه، بیماران تصادفی، مصدومان ناشی از ضرب و شتم

۴- مددکاری اجتماعی برای شناسایی سریع و به موقع گروه های آسیب پذیر از دو فرایند راند و تریاژ استفاده میکند. تریاژ در اورژانس بیمارستان انجام شده و براساس الویت کسب شده ، برنامه ی مداخله ای تهیه و تنظیم میشود گاهای افراد نیاز مند به خدمات مددکاری اجتماعی، از طریق مدیریت مرکز، پزشکان، روسای بخش های بالینی، مدیرپرستاری و سرپرستاران، واحد های ترخیص و پذیرش، منشی بخش ها، واحد انتظامات به صورت تلفنی، یا حضوری در فرایند راند به مددکار اجتماعی معرفی میشود.

۵- برای بخش های اورژانس مددکار اورژانس وجود دارد بنابراین بیمارانی که از کانال اورژانس واز بخش میشوند از طریق فرایند تریاژ مددکاری شناسایی میشوند

۶- تمامی موارد ارجاعی از بخش ها در سیستم HIS ثبت میشود و مددکار اجتماعی جهت انجام ارزیابی های تخصصی و تدوین برنامه های مداخله ای بر بالین بیمار حاضر میشود

۷- مددکار اجتماعی بیمارستان به عنوان عضو اصلی تیم ارائه ی حمایت های روانی اجتماعی پس از وقوع بحران میباشد، که در فلوچارت مدیریت بحران (HEIS) در بلایا و فوریت ها باهمین عنوان قرار گرفته است. مددکار اجتماعی تمامی بیماران در معرض خطر و آسیب دیده را که به حمایت و پشتیبانی نیاز دارند شناسایی کرده و متناسب با نوع مشکل برنامه ی حمایتی ویژه آن گروه را ارائه میکند در صورت لزوم از تکنیک های آرام سازی و کاهش استرس برای بیماران و همراهان آنها و پروتکل مداخله در بحران جهت ارائه خبرهای ناگوار استفاده میکند و فهرستی از بیماران مجهول الهویه و فاقد همراه تهیه کرده ودر اختیار فرمانده حادثه قرار میدهد.

۸- نحوه اطلاع رسانی و شناسایی مددجویان نیازمند خدمات اجتماعی در بیمارستان:
الف) مددکاری اجتماعی موظف است فهرستی از گروه های هدف تهیه کرده و در اختیار مسئولین بخش ها و مدیر پرستاری قرار دهد

ب) مددکار اجتماعی در قالب مکاتبات اداری، کلیه ی پرسنل بیمارستان را از گروه های هدف و معیار های نیازمندی (به صورت کلی) آگاه میکند

ج) مددکار اجتماعی فرایند خدمت رسانی را به طور شفاف در قالب فلوچارت ترسیم کرده ودر اتاق خود و سایر بخش های مرتبط در معرض دید مراجعه کنندگان و همراهان قرار میدهد

نحوه ارائه خدمات به بیماران مجهول الهویه ، بی خانمان و بدون همراه ضرورت دارد مددکاران اجتماعی در حمایت از بیماران آسیب پذیر موارد زیر را لحاظ نمایند:

- ۱- لازم است مددکار اجتماعی از طریق راند مددکاری اجتماعی و یا ارجاع توسط مترون- سوپروایزر- سرپرستار- مسئول پذیرش- پرستار تریاژ اورژانس مطلع شود
- ۲- کلیه ی بیمارانی که به عنوان مجهول الهویه در سامانه اطلاعاتی بیمارستان ثبت میشوند میبایست مورد ارزیابی مددکار اجتماعی قرار گیرند
- ۳- شیوه ی ارزیابی این بیماران شامل مصاحبه با بیمار- مشاهده ی وضعیت- مطالعه ی پرونده ی بالینی و کسب اطلاع از پزشک و تیم درمان میباشد
- ۴- طی ۲۴ ساعت اولیه از حضور فرد مجهول الهویه ، مددکار اجتماعی از طریق واحد انتظامات بیمارستان مراتب را به نیروی انتظامی اطلاع رسانی کرده تا در بخش حضور یافته و صورتجلسه ی لازم را تنظیم نمایند و اقدامات لازم در خصوص شناسایی فرد مجهول الهویه یا نوزاد رها شده از طریق اداره آگاهی و دادسرا انجام گیرد
- ۵- مددکار اجتماعی مکاتبات لازم را با واحد حقوقی بیمارستان انجام داده تا کلیه پیگیری های قانونی توسط این واحد انجام شود در صورتیکه واحد حقوقی در بیمارستان مستقر نباشد مددکار اجتماعی می تواند از طریق مکاتبه مستقیم با مقام قضایی نسبت به کسب مجوز های لازم اقدام نماید
- ۶- درمورد نوزادان رها شده و افراد مجهول الهویه محسوب می شوند، لازم است به اورژانس اجتماعی ۱۲۳ اطلاع داده شده و حکم قضایی درمورد سرنوشت نوزاد توسط اورژانس اجتماعی اخذ شود
- ۷- درخصوص جذب و حمایت خیرین برای تامین هزینه مددجویان، بیمارستان طی برنامه ای مشخص با همکاری واحد مددکاری شناسایی بیماران دارای ناتوانایی های جسمی و اختلالات روانی، کودکان بی سرپرست و بدسرپرست را انجام داده و پس از ترخیص ، روند درمانی/تشخیصی/ توانبخشی را از طریق تلفنی/ حضوری در خصوص مصرف دارو و ویزیت پزشکی و سایر نیازمندی های مددجویان را پیگیری می نماید.

تعاریف واژگان:

- ۱- مجهول الهویه: به افرادی اطلاق میشود که به محض ورود به بیمارستان یکی از سه ویژگی زیر را داشته باشند
الف) افراد فاقد اسناد هویتی بوده و با حکم قضایی ارائه ی خدمات پیشگیری، توانبخشی اجتماعی و مراقبتی و نگهداری وی به بهزیستی واگذار گردیده است
ب) نوزاد مجهول الهویه که در بیمارستان به دنیا آمده و یا رها شده اند و نیاز به درمان دارند و متعاقباً تحت پوشش بهزیستی قرار میگیرند
ج) فرد فاقد اسناد هویتی (ایرانی و غیرایرانی) که به دلیل شرایط جسمی مانند پایین بودن سطح هوشیاری، زوال عقلی و فراموشی در بیمارستان بستری شده است، همراه و مدرک مستند جهت شناسایی ندارد.
- ۲- بیماران/ مراجعین آسیب پذیر: افرادی هستند که به دلیل قرار داشتن در شرایط خاص فیزیولوژیک/ فیزیکی/ روانی/ اجتماعی ممکن است به هنگام دریافت خدمات مراقبتی، تشخیصی و درمانی ، در معرض خطر بیشتر یا تبعیض نسبت به سایر بیماران قرار گیرند

بیماران سالمند- روانپزشکی- اختلالات ذهنی- معلولیت های جسمی (بینایی / شنوایی / حرکتی / گفتاری) - بیماران مجهول الهویه- بیماران با اختلال هوشیاری- نوزادان و کودکان و مادران باردار- مراجعین/ بیماران مقیم مراکز نگهداری مانند خانه سالمندان - افراد دارای انگ اجتماعی مانند مبتلایان به ایدز، سومصرف مواد، زندانیان، بیماران با شخصیت های ضداجتماعی، افراد بی خانمان و... از این گروه بیماران هستند.

ضوابط و مقررات مربوط به کارکنان:

- ✓ بکارگیری پزشکان، پرستاران، نیروهای پاراکلینیک، پشتیبانی، اداری و مالی و خدمات مطابق با قوانین و مقررات وزارت بهداشت و کتاب طبقه بندی مشاغل
- ✓ بکارگیری نیروهای شاغل در بیمارستان براساس قوانین بالادستی سازمان مربوط
- ✓ ممنوعیت بکارگیری اعضای هیات علمی تمام وقت جغرافیایی در بیمارستانهای غیر دانشگاهی
- ✓ ممنوعیت اشتغال اعضای هیات علمی غیر تمام وقت جغرافیایی در بخش غیر دانشگاهی در ساعات اداری
- ✓ ممنوعیت بکارگیری نیروهای مشمول طرح نیروی انسانی و نیروهای متخصص متعهد در بیمارستان های غیر دانشگاهی یا بیمارستان های غیر موظفی
- ✓ ممنوعیت بکارگیری دستیاران، دانشجویان پزشکی و پرستاری و حرف وابسته در بیمارستانهای غیر دانشگاهی
- ✓ بکارگیری نیروهای مرتبط در بخشهای درمانی مطابق با شرایط احراز شغل و عملکرد در چارچوب شرح وظایف و براساس برآورد کمی و کیفی نیروی انسانی
- ✓ رعایت توازن در ترکیب رده های شغلی و سابقه افراد و تعداد آنها در برآورد نیروی انسانی در هر بخش / واحد

نکات مدیریت دارویی:

۱۲ قلم داروی با هشدار بالا که مشمول الصاق برچسب گذاری روی هر آمپول یا ویال فرآورده تزریقی به شرح زیر است

- ۱- کلرید پتاسیم
- ۲- سولفات منیزیم
- ۳- بیکربنات سدیم
- ۴- گاوکونات کلسیم
- ۵- هایپرسالین
- ۶- لیدوکائین
- ۷- آتروپین
- ۸- اپی نفرین
- ۹- هپارین سدیم
- ۱۰- رتپلاز
- ۱۱- هالوپریدول
- ۱۲- پروپرانولول

نکته: ۱۲ داروی فوق دارای بیشترین عوارض جدی ناشی از اشتباه دارو پزشکی در بیمارستان های سراسر کشور هستند.

- ۱- داروهای پرخطر دوگروه هستند: گروه اول پیوست ۱ مثل مخدرها اولین دوز آنتی بیوتیک- انسولین و.. گروه دوم پیوست ۲ مثل هالوپریدول- اپی نفرینو کل داروهای ترالی اورژانس
- ۲- دارویی که باید حتما دو مهره باشند: داروهای پرخطر در میکروست یا سرم که ریخته می شوند باید برچسب قرمز داشته باشند. دارو باید بر بالین بیمار آماده شود پس در زمان اعتبار بخشی به هیچ عنوان داروی کشیده شده را در یخچال یا ایستگاه پرستاری نگه ندارید مانند مرفین و پتاسیم
- ۳- برای داروهای با تاریخ نزدیک از برچسب سبز رنگ استفاده میشود
- ۴- قانون داروهای پرخطر: به صورت تلفنی نباید Order شود و در گزارشات پرستاری و دستورات پزشک باید با حروف بزرگ نوشته شود
- ۵- برای بیمارانی که چند تشخیص دارند باید تلفیق دارویی پر شود. جهت پیگیری انجام تلفیق دارویی با شماره های ۳۲۰ و ۳۳۵ تماس بگیرید
- ۶- داروهایی که مشمول تلفیق دارویی میشوند شامل: داروهای نسخه شده- ویتامین ها- مواد تشخیصی و کنتراست- تغذیه مکمل- فرآورده های خونی- مایعات و ریدی- مواد غذایی- داروهای گیاهی
- ۷- هفت قانون دارو دهی شامل: داروی صحیح- راه صحیح- زمان صحیح- دوز صحیح- بیمار صحیح- تجویز صحیح- ثبت صحیح
- ۸- برای بیماران پرخطر بر روی دستبند شناسایی برچسب زرد و روی آن علت نوشته شود مثل دیابت مستعد- زخم فشاری- در معرض سقوط از تخت- خطر خودکشی- ترومبومبولی

نکات مدیریت غذایی:

- ۱- دستور رژیم غذایی تمام بیماران توسط پزشک در پرونده بیمار ثبت شده باشد (اعم از رژیم معمولی- دیابتی- پرکالری و..)
- ۲- دستور بایستی حداکثر قبل از وعده غذایی بعدی در سیستم HIS وارد شود تا پرسنل واحد تغذیه/آشپزخانه براساس آن رژیم غذای بیمار را به بخش ها ارسال نمایند
- ۳- دربدو ورود پرستار ارزیابی اولیه از بیمار را انجام میدهد دقت داشته باشد در ارزیابی تغذیه حتما BMI بیمار را اندازه بگیرید. اندازه گیری BMI برای تمامی بیماران بایستی انجام گیرد
- ۴- در ایستگاه پرستاری بخش هایی که کودک یا نوجوان بستری میشوند بایستی نمودار BMI برحسب سن ۵ تا ۱۸ سال به تفکیک جنس و نمودار وزن برحسب قد کودک زیر ۵ سال به عنوان یکی از تجهیزات تغذیه ای حتما وجود داشته باشد
- ۵- در توزیع غذا به روش مرکزی، حداقل غذاهای رژیمی باید برچسب مشخصات شامل نام بخش- نام بیمار- نوع رژیم داشته باشد
- ۶- قبل از توزیع غذا در بخش فهرست غذایی بیماران توسط پرستار مسئول شیفت تطابق و مورد تأیید قرار میگیرد
- ۷- در صورت مصرف ناکامل و یا عدم مصرف غذا توسط بیمار پرستار مسئول بیمار باید موارد را در گزارش پرستاری ثبت و در اسرع وقت به مشاوره تغذیه اطلاع رسانی نماید
- ۸- بیمارانی که ارزیابی تخصصی شده و غذای خود را مصرف نکرده اند و یا به هر علت قادر به مصرف غذای خود به طور کامل نیستند توسط مشاور تغذیه پیگیری و برای تغذیه آنان تصمیم گیری خواهد شد

- ۹- دستور رژیم غذایی تمامی بیماران توسط پزشک در پرونده بیماران ثبت و توسط پرستار یا منشی بخش در زمان مقرر و حداکثر قبل از وعده غذایی بعدی در سامانه اطلاعات بیمارستانی وارد شود
- ۱۰- در صورتی که بیمار ارزیابی تخصصی تغذیه طبق درخواست پزشک انجام شود در سامانه اطلاعات بیمارستانی ثبت میگردد پس از تکمیل فرم ارزیابی تغذیه توسط کارشناس تغذیه به تایید پزشک درخواست دهنده رسانده میشود.
- مهر و امضا پزشک در فرم ارزیابی تخصصی تغذیه نشان دهنده موافقت پزشک با دستور پیشنهادی مشاور تغذیه است
- ۱۱- انواع رژیم های غذایی شایع در بیمارستان توسط کارشناس تغذیه در سامانه اطلاعات بیمارستانی تعریف میشود
- ۱۲- اطلاع رسانی سرپرستار/مسئول شیفت به منشی بخش به مشاور تغذیه در خصوص موارد بستری جدید نیازمند به مشاوره قبل از وعده غذایی اصلی بعدی و حداکثر ظرف ۲۴ ساعت از زمان بستری بایستی صورت گیرد
- ۱۳- فرم ارزیابی تخصصی تغذیه برای هر فرد در هرنوبت بستری فقط یکبار تکمیل شده و مشاوره تغذیه موظف به مهر کردن آن در اولین ویزیت بیمار و فرم پیگیری وضعیت تغذیه در هرنوبت ویزیت است
- ۱۴- وجود ترازو و قدسنج سالم و کالیبره دارای برچسب کنترل کیفی تجهیزات در کلیه بخش ها ضروری است و بایستی باروش های دقیق و علمی وزن و قد بیمار ثبت شده باشد
- ۱۵- استفاده از روش های علمی تخمین وزن و قد صرفا برای بیمارانی انجام میشود که امکان ایستادن به دلیل عدم هوشیاری ، بدحالی، فلج ، خمیدگی یا قوز پشت میسر نمیشود
- ۱۶- در ایستگاه پرستاری کلیه بخش ها میبایست نمودار BMI بزرگسالان ، جدول تعیین نمایه توده بدنی برای افراد بالای ۶۵ سال ، جدول تعیین نمایه توده بدنی برای جانبازان، افراد دارای نقص عضو و معلولین جداول علمی تخمین قد و وزن به عنوان یکی از تجهیزات تغذیه ای ایستگاه پرستاری وجود داشته باشد.
- ۱۷- عدم وجود ترازو و قدسنج استاندارد در بخش و یا محل قرارگیری نامناسب ترازو و یا قد سنج نشان دهنده عدم ارزیابی صحیح تغذیه ای میباشد(برای بیمارانی که قادر به ایستادن هستند)
- ۱۸- درج وزن تخمینی به دلیل عدم وجود ترازو و قدسنج برای بیمارانی که قادر به ایستادن هستند قابل قبول نیست
- ۱۹- برای آن دسته از بیمارانی که قادر به ایستادن نمی باشند از روش های علمی تخمین وزن و قد استفاده شود
- ۲۰- پرسنل توزیع غذای بیماران دیالیز و اتاق های ایزوله عفونی حق ورود به این فضا را ندارند و بایستی در پیش بخش/ ورودی بخش غذا را تحویل مسئول شیفت دهند
- ۲۱- ارزیابی تخصصی تغذیه براساس نتایج ارزیابی اولیه پرستاری و تعیین تکلیف نهایی توسط پزشک برای بیماران واجد ۱۸ بیماری اولویت دار انجام شده و کارشناس تغذیه فرم ارزیابی تخصصی تغذیه و براساس آن رژیم غذایی بیمار تنظیم و اجرا میشود
- ۲۲- هجده بیماری اولویت دار مشاوره تغذیه شامل: ۱- بیماران ناتوان در تغذیه دهانی به هر دلیل ۲- دیابت/ دیابت کنترل نشده در بخش های جراحی ۳- فشار خون بالا و بیماری های قلبی عروقی ۴- سرطانها ۵- سوختگی ۶- سکت ۷- نارسایی کلیه ۸- همودیالیز ۹- سیروز کبدی ۱۰- پیوند اعضا ۱۱- زخم بستر ۱۲- سوتغذیه و سو جذب ۱۳- بیماری های نورولوژی ۱۴- جراحی شکمی ۱۵- پنومونی ۱۶- بیماری انسدادی مزمن ۱۷- بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه بزرگسال و کودکان ۱۸- ضربه به سر
- ۲۳- تمام بیماران مشاوره شده بایستی رژیم مکتوب داشته باشند(به جز تغذیه اینترال و پراترال)

نظام رسیدگی به امور بیماران:

سطح بندی رسیدگی به شکایات با دسته بندی ذیل صورت می پذیرد

➤ آنی: بلافاصله پس از وصول شکایت و بدون وقفه زمانی

- فوری: کمتر از شش ساعت از زمان دریافت شکایت
- غیرفوری با الویت: رسیدگی ظرف ۲۴ ساعت
- غیر فوری عادی: رسیدگی در اولین فرصت

مصادیق رسیدگی به شکایات بیمار / همراه بیمار با سطح بندی آنی

- ✓ کنسلی عمل جراحی اورژانس
- ✓ عدم تامین دارو و تجهیزات حیاتی برای بیماران بحرانی
- ✓ عدم حضور پزشک واجد صلاحیت بر بالین بیماران بحرانی
- ✓ عدم حضور پرستار و سایر کادر درمانی واجد صلاحیت بر بالین بیماران بحرانی
- ✓ بروز مرگ های قابل اجتناب غیر منتظره
- ✓ مرگ مادر طبق تعریف استاندارد
- ✓ گزارش اقدام به خودکشی بیماران در بیمارستان
- ✓ ربایش / گم شدن نوزاد و یا کودک
- ✓ فرار/گم شدن بیماران با اختلالات روانی و ذهنی
- ✓ بد رفتاری های اجتماعی (کارکنان/بیماران/همراهان) شامل ضرب و شتم و یا تعارضات جنسی
- ✓ لغو / توقف/ تاخیر /کندی و تعلل در ارائه خدمات مراقبتی و درمانی اورژانسی برای بیماران
- ✓ لغو / توقف/ تاخیر /کندی و تعلل برای خدمات تشخیصی اورژانسی (آزمایش، تصویر برداری، سونوگرافی و ...)
- ✓ لغو / توقف/ تاخیر /کندی و تعلل در ارجاع و یا انتقال اورژانسی بیماران
- ✓ منوط بودن ارائه خدمات اورژانس به پرداخت هزینه
- ✓ مفقود شدن اموال بیماران / همراهان
- ✓ بکارگیری افراد فاقد صلاحیت در ارائه خدمات (پزشک، پرستار، کمک بهیار، تکنسین، خدمات و...)
- ✓ ارجاع همراه بیمار جهت تهیه دارو و تجهیزات
- ✓ بروز حوادث محیطی تهدید کننده ایمنی بیماران، مراجعین و کارکنان
- ✓ وجود هرگونه تبانی جهت ارجاع بیماران به سایر مراکز (خصوصی، تامین اجتماعی و ...)
- ✓ تعلل و یا عدم پذیرش بیماران بدحال در اورژانس
- ✓ ترغیب بیمار به ترک بیمارستان با رضایت شخصی
- ✓ افتادن بیمار از تخت
- ✓ سایر موارد به تناسب خدمت تخصصی بیمارستان

مصادیق رسیدگی به شکایات بیمار / همراه بیمار با سطح بندی فوری

- ✓ بروز حوادث تهدید کننده ایمنی بیماران مطابق موارد
- ✓ لغو / توقف/ تاخیر /کندی و تعلل خدمات غیر اورژانسی برای بیماران
- ✓ لغو / توقف/ تاخیر /کندی و تعلل در ارجاع و یا انتقال بیماران

- ✓ عدم تامین دارو و تجهیزات حیاتی برای بیماران غیر بحرانی
 - ✓ عدم حضور پزشک واجد صلاحیت بر بالین بیماران غیر بحرانی
 - ✓ عدم حضور پرستار و سایر کادر درمانی واجد صلاحیت بر بالین بیماران غیر بحرانی
 - ✓ لغو/ توقف/ تاخیر /کندی و تعلل برای خدمات تشخیصی غیر اورژانسی (آزمایش، تصویر برداری، سونوگرافی و)
- برای بیماران غیر اورژانسی
- ✓ عدم رعایت طرح انطباق / حریم شخصی بیمار
 - ✓ دریافت هرگونه وجه اضافی و غیر قانونی از بیماران
 - ✓ تاخیر در پاسخ به درخواست مشاوره های اورژانسی
 - ✓ سپردن خدمات موظف کادر بیمارستان به همراهان
 - ✓ نارضایتی از عدم تعیین تکلیف بیماران حاد / اطاله مدت زمان بستری
 - ✓ برخورد نامناسب و یا اهانت آمیز پزشکان و کلیه کارکنان
 - ✓ عدم رعایت تعرفه در صورتحساب بیماران
 - ✓ عدم رعایت کد های اخلاق در پژوهش
 - ✓ شکایت از خدمات القایی
 - ✓ تحت فشار قرار دادن بیمار و یا همراه بیمار و مشروط کردن ادامه خدمات به تسویه حساب

مصادیق رسیدگی به شکایات بیمار / همراه بیمار با سطح بندی غیر فوری با اولویت

- ✓ کنسلی عمل جراحی الکتیو
- ✓ عدم حضور اتندینگ در ویزیت های روزانه بیماران
- ✓ نارضایتی از عدم تعیین تکلیف بیماران غیر حاد
- ✓ نارضایتی از کیفیت تخت/البسه
- ✓ نارضایتی بیماران و همراهان از آلودگی های صوتی در بخش های بستری
- ✓ تاخیر در پاسخ به درخواست مشاوره های غیر اورژانسی
- ✓ عدم رعایت محرمانگی اطلاعات بیماران
- ✓ عدم ارائه توضیحات کافی به بیماران و همراهان بیمار
- ✓ اخذ رضایت آگاهانه / برائت بدون ارائه توضیحات کافی و سلب اختیار بیمار در تصمیم گیری
- ✓ تبعیض در ارائه خدمات از نظر سطح کیفی
- ✓ سایر موارد به تناسب خدمت تخصصی بیمارستان

مصادیق رسیدگی به شکایات بیمار / همراه بیمار با سطح بندی غیر فوری عادی

- ✓ اطاله مدت زمان انتظار بیماران جهت خدمات سرپایی و غیر اورژانسی
- ✓ بروز حوادث تهدید کننده ایمنی بیماران/مراجعین و کارکنان خارج از موارد ۲۸گانه
- ✓ عدم رعایت مستندات مورد نیاز بیماران در زمان ترخیص
- ✓ نارضایتی بیماران/همراهان از کیفیت تسهیلات اقامتی
- ✓ نارضایتی بیماران/همراهان از امکانات رفاهی
- ✓ نارضایتی بیماران/همراهان از نوع، کیفیت و نحوه سرو غذا

- ✓ نارضایتی بیماران/همراهان از دسترسی و امکانات سرویس های بهداشتی
- ✓ نارضایتی بیماران/همراهان از وجود حشرات موذی
- ✓ عدم رعایت بهداشت فردی توسط کارکنان
- ✓ نارضایتی بیماران/همراهان از نظافت به موقع و نامناسب محیط
- ✓ نارضایتی ملاقات کنندگان از برخورد کارکنان
- ✓ اعتراض بیماران به عدم رسیدگی به موقع به شکایات
- ✓ سایر موارد به تناسب خدمت تخصصی بیمارستان

منشور حقوق بیمار شامل چه مواردی می باشد؟

- ۱- دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است
- ۲- اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد
- ۳- حق انتخاب و تصمیم گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود
- ۴- ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار و رعایت اصل رازداری باشد
- ۵- دسترسی به نظام کارآمد، رسیدگی به شکایات حق بیمار است

نکات در خصوص منشور حقوق بیمار:

- نکته ۱- منشور حقوق بیمار بایستی در مکان های زیر وجود داشته باید
لابی- ورودی اصلی بیمارستان- ورودی بخش ها- ورودی اورژانس- ورودی کلینیک ها

ممنوعیت استفاده از تلفن همراه در چه بخش هایی و چگونه باید رعایت گردد؟

در داخل فضاهای درمانی بخش های ویژه بیمارستان، کت لب ممنوع بوده و سرپرستار بخش باید به اجرای آن نظارت کند
شرایط استفاده از تلفن همراه توسط کارکنان بالینی در شیفت های موظف کاری از سوی تیم مدیریت اجرایی باید تدوین و ابلاغ گردد

نکات حقوق گیرنده خدمت:

- ۱- برای حفاظت از اموال گیرنده خدمت بایستی گام های زیر اجرا گردد
 - صورتجلسه نمودن اموال بیماران در بدو ورود در حضور یک نفر شاهد از نزدیکان بیمار
 - دریافت رسید پس از تحویل اموال بیماران به همراه یا فرد مورد اعتماد بیمار
 - صورتجلسه کردن اموال بیماران تصادفی یا بیمارانی که توسط اورژانس به این مرکز مراجعه میکنند
- باحضور کارشناس اورژانس و مامور انتظامات

- تحویل صورتجلسه و اموال بیماران تصادفی و منتقل از طریق اورژانس به مسئول پاسگاه مستقر در بیمارستان
- تحویل اموال بیمار به وی یا خانواده وی و دریافت رسید در زمان ترخیص

منشور حقوق کارکنان بیمارستان شامل چه مواردی است؟

از آنجائیکه توفیق خدمت به بیماران در زمره برترین عبادات قرار دارد و نجات جان یک انسان از سوی خداوند با نجات جان تمامی انسانها برابر محسوب شده است، کارکنان بیمارستان افضل پور برای ارائه خدمت به بیماران دارای حق و حقوقی می باشند که تحت عنوان منشور حقوق کارکنان بیمارستان به شرح ذیل می باشد:

- ۱- حق مشارکت در تصمیم گیری های بیمارستان در راستای تحقق اهداف، رسالت و استراتژی
- ۲- کارکنان بیمارستان حق برخورداری از رفتار محترمانه از سوی بیماران و همراهان را دارند
- ۳- کارکنان بیمارستان حق دارند در چارچوب وظایف قانونی و بر اساس اصول علمی و دستورالعمل های مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به ارائه خدمت و روش های درمانی اقدام نمایند.
- ۴- کارکنان بیمارستان حق دارند جهت ارائه مراقبت مطلوب و موثر محیطی آرام و امن داشته باشند
- ۵- کارکنان بیمارستان حق دارند علیرغم درخواست و اصرار بیماران، از انجام دادن اعمال خلاف اصول و قواعد حرفه ای که موجب آسیب دیدن جسمی یا روحی به بیمار می شود، امتناع نمایند.
- ۶- کارکنان بیمارستان حق دارند بر اساس شرح وظایف و زیرنظر مسئول مربوط و بر اساس قوانین و مقررات در انجام وظایف قانونی خود رفتار نمایند.
- ۷- کارکنان بیمارستان حق دارند از حمایت قضایی از سوی مسئولین مربوط، (در مواردی که به دلیل انجام وظایف شغلی مورد پیگرد قرار می گیرند)، برخوردار شوند.
- ۸- کارکنان حق برخورداری از ماده ۹ دولتی و هتک حرمت اشخاص و حمایت قانونی در قبال تهدید و توهین افراد دارند.
- ۹- کارکنان بیمارستان حق دارند از آخرین دستورالعمل ها و روش های نوین درمانی و آیین نامه هایی که مرتبط با وظایف شغلی و حقوق آنان می باشند در چارچوب مقررات مربوط مطلع و بهره مند شوند.
- ۱۰- کارکنان حق برخورداری از محیط ایمن کاری که سازگار با مراقبت کافی از بیمار را دارند