



" نکات آموزشی قابل توجه در استقرار سنجه های الزامی و اساسی ایمنی بیمار در اعتباربخشی ملی "

ردیف	شماره سنجه و استاندارد	عنوان سنجه	نکات آموزشی و قابل انتظار جهت تحقق سنجه های الزامی و اساسی ایمنی بیمار در اعتباربخشی ملی
تیم مدیریت اجرایی :			
۱	الف. ۱. ۳ سنجه شماره ۲	عملکرد بیمارستان بیانگر اولویت بخشی به تخصیص بودجه جهت برنامه های ارتقای ایمنی بیمار و بهبود کیفیت است	شواهدی مبنی بر تخصیص ردیف بودجه ای در برنامه بودجه سالانه بیمارستان برای تمامی برنامه های عملیاتی ایمنی بیمار وجود داشته باشد. کارشناس مسئول ایمنی بیمار و مدیریت بیمارستان بعنوان مصاحبه شونده کلیدی مدنظر می باشند.
۲	الف. ۲. ۲ سنجه شماره ۲	بهبود مستمر کیفیت و ایمنی بیمار جزو اولویتهای استراتژیک بیمارستان است و تیم مدیریت اجرایی در قالب برنامه های عملیاتی با پیش بینی منابع مورد نیاز، این برنامه ها را تدوین و بر اجرای آن نظارت مینماید.	وجود برنامه استراتژیک بیمارستان، تعریف استراتژی های ایمنی بیمار، وجود برنامه عملیاتی ایمنی بیمار در دو سطح کلی بیمارستان و بخش ها، برنامه بودجه سالانه فعالیت های ایمنی بیمار (در قالب بودجه بیمارستان)، مستندات مورد درخواست در این سنجه را تشکیل می دهد. پایش منظم و دوره ای برنامه عملیاتی ایمنی بیمار و بازنگری آن نیز مدنظر باشد. کارشناس مسئول ایمنی بیمار و مدیریت بیمارستان بعنوان مصاحبه شونده کلیدی مدنظر می باشند.
۳	الف. ۲. ۲ سنجه شماره ۱	مسئول فنی بیمارستان، براساس ابلاغ صادره به عنوان مسئول ایمنی نیز فعالیت مینماید.	در حال حاضر مسئول فنی در بیمارستانها ممکن است بیش از یک نفر باشد لذا تا زمان ابلاغ آییننامه جدید مسئول فنی از سوی وزارت بهداشت، رئیس /مدیرعامل بیمارستان بایستی از بین مسئولان فنی یک نفر را به عنوان مسئول ایمنی منصوب نماید. بدیهی است با توجه به عضویت مسئول فنی در تیم مدیریت اجرایی حضور مستمر ایشان در شیفت صبح الزامی است. رونوشت ابلاغ به تمامی واحدهای بیمارستانی ارسال شده باشد، پرسنل کارشناس مسئول ایمنی بیمار را بشناسد و از شرح وظایف و ماموریت های وی اطلاع داشته باشد. کارشناس مسئول ایمنی بیمار و مدیر بیمارستان بعنوان مصاحبه شونده کلیدی مدنظر می باشند.
۴	الف. ۳. ۲ سنجه شماره ۲	مسئول ایمنی "براساس شرح وظایف ابلاغی و حدود اختیارات"، فعالیت مینماید	شرح وظایف و ماموریت های وی اطلاع داشته باشد. کارشناس مسئول ایمنی بیمار و مدیر بیمارستان بعنوان مصاحبه شونده کلیدی مدنظر می باشند.
۵	الف. ۳. ۲ سنجه شماره ۳	طی حکمی از سوی رئیس بیمارستان، یک نفر از پزشکان/پرستاران با سابقه حداقل ۵ سال کار در بخش های بالینی به عنوان " کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار " تعیین شده است.	مسئول ایمنی پاسخگوی تمامی موارد مرتبط با ایمنی اعم از ایمنی بیماران، مراجعین، کارکنان و بیمارستان است و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار متمرکز برنامه های ایمنی بیمار بوده و اقدامات خود را با هماهنگی مسئول ایمنی بیمارستان انجام میدهد. رونوشت ابلاغ به تمامی واحدهای بیمارستانی ارسال شده باشد، پرسنل کارشناس هماهنگ کننده مدیریت خطر را بشناسد و از شرح وظایف و ماموریت های وی اطلاع داشته باشد.
۶	الف. ۳. ۲ سنجه شماره ۴	"کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار" براساس شرح وظایف ابلاغی و حدود اختیارات، فعالیت مینماید.	هماهنگ کننده فعالیت های ایمنی بیمار و مدیریت خطر ، کارشناس مسئول ایمنی بیمار و مدیر بیمارستان بعنوان مصاحبه شونده کلیدی مدنظر می باشند.
۷	الف. ۳. ۲ سنجه شماره ۵	اثربخشی اقدامات انجام شده برای ارتقاء ایمنی توسط مسئول ایمنی در فواصل زمانی مدون ارزیابی شده و گزارش آن در جلسات تیم مدیریت اجرایی مطرح و تیم مدیریت اجرایی در صورت لزوم اقدام اصلاحی تعیین و بر اجرای آن نظارت مینماید.	کارشناس مسئول ایمنی بیمار و مدیر بیمارستان بعنوان مصاحبه شونده کلیدی مدنظر می باشند. در این سنجه بیمارستان باید دارای مجموعه ای از شاخص های پیامدی برای ارزیابی عملکرد با تاکید خاص بر ایمنی بیمار باشد. در جاییکه اندازه گیری شاخص ها مورد تاکید می باشد، وجود شناسنامه شاخص مورد توجه باشد.
۸	الف. ۴. ۲ سنجه شماره ۱	تیم مدیریت اجرایی با همراهی مسئولین ایمنی و کنترل عفونت، به منظور ارتقای فرهنگ ایمنی بیمار، شناسایی خطرات موجود در سیستم و اعمال مداخله جهت ارتقای فرصتهای بهبود، بازدیدهای منظم و مدون مدیریتی را منطبق بر دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت، به اجرا میگذارد	برنامه سالانه بازدیدهای ایمنی بیمار موجود باشد. در برنامه مذکور دوره زمانی اجرای برنامه، نام و نام خانوادگی اعضا و سمت تیم ارزیاب مشخص و حداقل ۱ بخش در هفته بازدید گردد. ضروری است با وارد نمودن تاریخ تنظیم، تاریخ بازنگری و تأیید مسئول مربوطه، به برنامه رسمیت داده شده و طی مکاتبه رسمی به بخش ها و واحدهای بیمارستان رونوشت گردد. ضروری است گزارشات بازخورد به بخش ها، در قالب صورتجلسات تنظیم و بایگانی گردد. رعایت مقررات کلی در خصوص تنظیم یک صورتجلسه از قبیل وارد شدن اسامی و امضاء شرکت کنندگان در جلسه، پیگیری مصوبات جلسه اخیر، وارد نمودن تاریخ جلسه و تاریخ برگزاری جلسه ی بعد مورد توجه باشد. باید توجه داشت که صورتجلسه مذکور، متفاوت از فرم گزارش واک راند ستادی است. در صورتجلسه نوع مشکل، اقدام اصلاحی و فرد مسئول پیگیری مشکل مشخص باشد. ارائه بازخورد های فردی و گروهی ، بر حسب موضوعات شناسایی شده در بازدید نیز مورد توجه باشد و مستندات مربوطه تنظیم و بایگانی گردد. توجه شود که بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار موجب بهبود فرهنگ ایمنی بیمار ، یادگیری در خصوص مخاطرات سیستم و مداخله بر اساس فرصت های بهبود ایمنی بیمار شده است. دستورالعمل سال ۸۹ بازدید مدیریت ایمنی بیمار مد نظر می باشد. اگر چه حضور ریاست بیمارستان در تمامی بازدیدهای مدیریتی الزامی نیست ولی باید حضور ایشان در برنامه ریزی برخی از بازدیدها پیش بینی و حضور فعال داشته باشند
۹	الف. ۴. ۲ سنجه شماره ۲	نتایج بازدیدهای منظم و مدون مدیریتی با رویکرد ایمنی بیمار در جلسات تیم مدیریت اجرایی مطرح شده و اقدام های اصلاحی / برنامه های بهبود کیفیت تعیین و بر اجرای آن نظارت میشود.	

ردیف	شماره سنجه و استاندارد	عنوان سنجه	نکات آموزشی و قابل انتظار جهت تحقق سنجه های الزامی و اساسی ایمنی بیمار در اعتباربخشی ملی
تیم مدیریت اجرایی :			
۱۰	الف. ۵.۲. سنجه شماره ۱	حداقل کمیته های بیمارستانی براساس دستورالعملهای ابلاغی وزارت بهداشت در بیمارستان فعال هستند.	<p>ضمن تأکید بر لزوم پیگیری تشکیل و فعالیت کلیه کمیته های ایمنی بیمار در برنامه اعتباربخشی، کمیته های که به ویژه مورد تأکید برنامه ایمنی بیمار می باشد عبارتند از: اخلاق پزشکی و رفتار حرفه ای، کنترل عفونت، بهداشت محیط، ترویج زایمان طبیعی، مرگ و میر و عوارض و آسیب شناسی و نسوج، طب انتقال خون (لازم بذکر است که کمیته طب انتقال خون در مراکز بدون ترانسفوزیون خون الزامی نبوده و غیر قابل ارزیابی است) کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و نماینده دفتر بهبود کیفیت عضو تمامی کمیته های بیمارستانی بوده و در تمامی جلسات حضور فعال داشته باشند.</p> <p>در برنامه ایمنی بیمار، صورتجلسات کمیته مرگ و میر و معلولیت ها، صورتجلسات کمیته پیشگیری و کنترل عفونت بیمارستانی و ابلاغ / احکام کمیته چند تخصصی بهداشت و ایمنی محیط به ویژه بعنوان مستندات این سنجه مورد تأکید می باشد.</p> <p>در ارتباط با برگزاری منظم جلسات ماهیانه کمیته مرگ و میر و معلولیت ها / کمیته پیشگیری و کنترل عفونت و کمیته چند تخصصی بهداشت و ایمنی محیط: کارشناس ایمنی بیمار / مدیر بیمارستان / کارشناس هماهنگ کننده فعالیت های ایمنی بیمار و مدیریت خطر بعنوان مصاحبه کننده های کلیدی مدنظر می باشند.</p>
۱۱	الف. ۵.۲. سنجه شماره ۲	جلسات کمیته ها حداقل در فواصل زمانی تعیین شده برابر دستورالعملهای ابلاغی برگزار میشود.	فاصله های زمانی برگزاری جلسات براساس آیین نامه داخلی تعیین میشود. در صورت تعیین بازه زمانی معین در دستورالعمل ابلاغی، ملاک ارزیابی فاصله زمانی ابلاغی است فاصله زمانی جلسات کمیته های بیمارستانی با 64 تخت فعال و کمتر تا دوبرابر فاصله زمانی در تواتر برگزاری کمیته ها نسبت به دستورالعمل قابل قبول است.
۱۲	الف. ۵.۲. سنجه شماره ۹	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار و نماینده دفتر بهبود کیفیت، عضو تمامی کمیته های بیمارستانی بوده و در تمامی جلسات حضور فعال دارند	حضور کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار در جلسات کمیته های اقتصاد درمان، دارو و تجهیزات پزشکی و حفاظت فنی و بهداشت کار، ترویج تغذیه با شیر مادر و مدیریت اطلاعات سلامت و فناوری اطلاعات در صورت وجود دستور کار مرتبط با ایمنی بیمار و در سایر کمیته ها هر دستور کاری الزامی است.

ردیف	شماره سنجه و استاندارد	عنوان سنجه	نکات آموزشی و قابل انتظار جهت تحقق سنجه های الزامی و اساسی ایمنی بیمار در اعتباربخشی ملی
مدیریت خطا :			
۱۳	الف. ۱۰۴ سنجه شماره ۱	روش اجرایی "ارزیابی پیشگیرانه خطاهای پزشکی" با حداقل های مورد انتظار در واحدها / بخش ها، با محوریت مسئول ایمنی و با مشارکت کمیته های بیمارستانی و واحدها / بخش های مرتبط تدوین شده و کارکنان مربوطه از آن آگاهی دارند و بر اساس آن عمل مینمایند.	مدیریت خطا منظوره خطاهایی است که اتفاق افتاده است و بر RCA تمرکز دارد روش های ارزیابی خطا به دو دسته واکنشی (reactive approach) و پیشگیرانه (proactive approach) تقسیم می شود. RCA ، why 5 و گزارش دهی اختیاری خطای پزشکی بعنوان روش های ارزیابی پیشگیرانه کاربرد دارند.
۱۴	الف. ۱۰۴ سنجه شماره ۲	نتایج ارزیابی پیشگیرانه خطاهای پزشکی در بخشها/واحدهای بیمارستان توسط مسئول ایمنی پس از تعیین اولویت و ثبت در فهرست خطاهای احتمالی، با توجه به نوع خطا در کمیته های مرتبط طرح و اقدام اصلاحی /برنامه بهبود کیفیت تدوین و اجرا میشود.	منظور از مستند در مدل و شیوه ی ارزیابی پیشگیرانه خطای پزشکی، همان RCA ای می باشد که به منظور پیشگیری از حوادث مشابه به انجام رسیده باشد.
۱۵	الف. ۱۰۴ سنجه شماره ۳	کمیته مرگ و میر و عوارض بیمارستانی، کنفرانس ها / سمینارهای مرتبط با مرگ و میر و عوارض بیمارستانی را با هدف اطلاع رسانی و آگاه ساختن کارکنان در این زمینه، در بیمارستان برگزار مینماید.	تواتر زمانی برگزاری این کنفرانس ها وابسته به حجم عملکرد و تعداد تخت فعال بیمارستان متفاوت است ولی ترجیحا در بیمارستان های با ۱۰۰ تخت هر سه ماه یکبار و در سایر بیمارستان ها هر ۶ ماه یکبار برگزار شود.
۱۶	الف. ۲۰۴ سنجه شماره ۱	روش اجرایی "نحوه گزارشدهی همگانی خطاهای پزشکی بدون ترس از سرزنش و تنبیه "توسط مسئول ایمنی و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار با مشارکت صاحبان فرآیند با حداقلهای مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل مینمایند	سیستم گزارش دهی اختیاری خطای پزشکی و اقدامات اصلاحی انجام شده بر اساس توصیه ها و پیشنهادات تحلیل علل ریشه ای واقعه، بعنوان مستندات این سنجه مورد توجه است. مصاحبه شونده کلیدی در این سنجه پزشک و پرستار می باشد. هیات مدیره بیمارستان از کارکنان در هنگام بروز وقایع تهدید کننده ایمنی بیمار تا زمانی که آسیب عمدی یا قصور پزشکی مطرح نباشد حمایت نماید و فرهنگ سازمانی جاری در بیمارستان باید عادلانه(عاری از سرزنش و غیر تنبیهی) و یادگیرنده باشد.
۱۷	الف. ۲۰۴ سنجه شماره ۲	دفتر بهبود کیفیت با مشارکت مسئول ایمنی سوابق خطاهای پزشکی را به صورت جاری، کامل، صحیح، ثبت نموده و از آن ها برای ارتقای ایمنی بیماران و تداوم درمان و مراقبت استفاده میشود.	طبق توضیحات ارائه شده در راهنمای ارزیابی اعتباربخشی ملی
۱۸	الف. ۲۰۴ سنجه شماره ۳	گزارش خطاهای پزشکی رخ داده به ویژه در موارد روبرو و سایر خطاهای پزشکی به تشخیص مسئول ایمنی بیمار توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار در کمیته مرتبط ارائه شده و پس از بررسی و تحلیل ریشه ای خطا اقدام اصلاحی/پیشگیرانه/برنامه بهبود کیفیت تدوین شده و پس از تایید تیم مدیریت اجرایی ابلاغ شده و مسئول ایمنی بیمار بر اجرای آن نظارت مینماید.	مرگ های غیر منتظره و عوارض غیر منتظره شامل: واکنش های مهمی که در رابطه با ترانسفوزیون خون و فرآورده های خونی، باعث آسیب به بیمار شده اند خطاهای دارویی مهم که باعث آسیب به بیمار شده اند. خطا ها و رویدادهای هوشبری که باعث آسیب به بیمار شده اند. تفاوت های مهم بین تشخیص قبل و بعد از عمل براساس یافتههای پاتولوژی و جراحی.
۱۹	الف. ۲۰۴ سنجه شماره ۴	علل خطاهای پزشکی جهت پیشگیری از وقوع مجدد / کاهش خطاهای آتی به صورت " به اشتراک گذاری آموخته ها " با محوریت دفتر بهبود کیفیت به سایر کارکنان مرتبط اطلاع رسانی میشود.	یکی از روش های به اشتراک گذاری آموخته ها، برگزاری جلسات درون بخشی پزشکی و پرستاری در بیمارستان های غیر آموزشی، و برگزاری گزارشات صبحگاهی و ژورنال کلاب ها در بیمارستان های آموزشی است.

ردیف	شماره سنجه و استاندارد	عنوان سنجه	نکات آموزشی و قابل انتظار جهت تحقق سنجه های الزامی و اساسی ایمنی بیمار در اعتباربخشی ملی
مدیریت خطا :			
۲۰	الف. ۳.۴ سنجه شماره ۱	شاخصهای ایمنی بیمار با محوریت مسئول ایمنی و مشارکت پزشکان /پرستاران و سایر کارکنان بالینی تعیین و پایش شده و تیم مدیریت اجرایی پس از دریافت گزارش ارزیابی ها، اقدامات اصلاحی / پیشگیرانه /برنامه بهبود کیفیت تدوین و ابلاغ شده و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بر اجرای آن نظارت مینماید.	لازم بذکر است که موارد ۱۵ گانه اعلام شده تحت این سنجه، شاخص ایمنی بیمار نبوده و تا کنون بخشنامه ای در خصوص اعلام شاخص های ایمنی به دانش گاهها ارسال نشده است. یکی از شاخص های ایمنی بیمار زخم بستر می باشد. باید توجه داشت که منظور زخم بستر هایی است که پس از پذیرش و بستری بیمار در بیمارستان شدت یافته باشد. لذا آندسته از بیمارانی که با زخم بستر درجه ۳ و ۴ مراجعه کرده اند، در صورت کسر این شاخص قرار نمی گیرند. شاخص دیگر، سقوط بیمار (patient fall) می باشد. جمعیت در معرض خطر در این شاخص، باید طبق شرایط بیمارستان و بیمار تعریف شود. باید توجه داشت، اگر چه دستبند زرد رنگ کد رنگی سقوط بیمار می باشد، ولی باید توجه داشت این کد رنگی برای زخم فشاری و ترومبومبولی ریوی و وریدی نیز استفاده می شود. لذا بیمار با دستبند زرد که در معرض خطر سقوط است در مخرج این کسر قرار می گیرد. باید توجه داشت که ارزیابی بیمار از لحاظ سقوط باید از زمان پذیرش تا ترخیص بیمار روند مستمری داشته باشد. نکته قابل توجه تنظیم شناسنامه شاخص های ایمنی بیمار است. مقطع زمانی پایش شاخص و تعاریف صورت و مخرج کسر، به ویژه مورد توجه ارزیابان می باشد.
۲۱	الف. ۳.۴ سنجه شماره ۲	رئیس/مدیرعامل بیمارستان از بین اعضای کمیته های بیمارستانی افرادی را برای عضویت در تیم ایمنی بیمارانتخاب مینمایدو در فواصل زمانی معین نسبت به انجام ارزیابی ایمنی بیمار در سطح بیمارستان اقدام نموده و مسئول ایمنی نتایج را به تیم مدیریت اجرایی و کمیته های مرتبط گزارش مینماید.	هر ممیزی که مرتبط با ایمنی بیمار باشد در این سنجه قرار می گیرد. موضوعاتی از قبیل هموویژلانس یا نحوه انبارش ایمنی داروها اگر چه موضوعاتی کیفیتی هستند ولی نهایتا ایمنی را بدنبال داشته و در این سنجه قرار می گیرند. این سنجه مختص بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار نمی باشد. فواصل زمانی بازدیدها برحسب حجم فعالیت و تعداد تختهای فعال بیمارستان با تشخیص تیم مدیریت اجرایی زمان بندی میشود و حداقل بایستی هر ماه یکبار انجام شود. در صورتی که مسائل حاد و فوری مطرح نباشد میتواند در فواصل سه ماه یکبار در تیم مدیریت اجرایی مطرح شود.
۲۲	الف. ۳.۴ سنجه شماره ۳	نتایج ارزیابی تیم ایمنی بیمار توسط تیم مدیریت اجرایی بررسی و اقدام اصلاحی/پیشگیرانه /برنامه بهبود کیفیت تدوین و ابلاغ مینماید و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار بر اجرای آن نظارت مینماید.	اجرای این سنجه مستلزم توجه به سایر استانداردهای همسو در این محور می باشد. (الف ۲-۴ سنجه شماره ۱ - الف ۳-۴ سنجه شماره ۲)
۲۳	الف. ۴.۴ سنجه شماره ۱	کمیته مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماه به عنوان زیر مجموعه ای از کمیته مرگ و میر و عوارض بیمارستانی، فعالیت مینماید.	ضروری است کلیه ی مرگ ها ی رخ داده در این گروه سنی، ضمن بررسی باید گزارشدهی نیز شود.
۲۴	الف. ۴.۴ سنجه شماره ۲	کمیته مرگ مادران و پری ناتال به عنوان زیر مجموعه ای از کمیته مرگ و میر و عوارض بیمارستانی، فعالیت مینماید.	ضروری است ضمن تحلیل ریشه ای دلایل مرگ، اقدامات اصلاحی / پیشگیرانه و برنامه بهبود کیفیت تدوین، ابلاغ و اجرا شود
۲۵	الف. ۴.۴ سنجه شماره ۳	کمیته احیاء نوزادان مطابق با بسته خدمتی احیاء نوزاد به عنوان زیر مجموعه ای از کمیته مرگ و میر و عوارض، فعالیت مینماید.	طبق توضیحات ارائه شده در راهنمای ارزیابی اعتباربخشی ملی
۲۶	الف. ۴.۴ سنجه شماره ۴	کمیته مرگ و میر و عوارض بیمارستانی و تمامی زیر کمیته های تخصصی آن در موارد مرگ و میر غیر منتظره حداکثر طی ۲۴ ساعت تشکیل جلسه داده و با همکاری صاحبان فرآیند، سوابق بالینی پرونده بیمار را به صورت ریشههای بررسی و مستند نموده و اقدام اصلاحی طراحی و مسئول فنی بیمارستان براساس قوانین و مقررات مربوط پیگیری و اقدام لازم به عمل میآورد	مطابق با نامه شماره ۱۹۲۵۴ / ۴۰۲ مورخ ۹۵/۶/۲۹ و پیرو نامه شماره ۱۵۲۰۷ مورخ ۹۵/۵/۱۵ در خصوص رسیدگی و گزارش فوری وقایع ناخواسته تهدیدکننده حیات بیمار، باید کمیته موبیدیتی و کنترل عفونت ظرف حداکثر ۳ روز تشکیل شود

ردیف	شماره سنجه و استاندارد	عنوان سنجه	نکات آموزشی و قابل انتظار جهت تحقق سنجه های الزامی و اساسی ایمنی بیمار در اعتباربخشی ملی
مدیریت منابع انسانی :			
۳۳	الف. ۱۱.۷ سنجه شماره ۱	برای کارکنان (پزشک/پرستار و سایر کارکنان مرتبط با بالین بیمار) دوره‌های آموزشی شناسایی عوامل تهدید کننده ایمنی بیمار و نحوه پیشگیری و کنترل آنها حداقل دو سال یکبار برگزار میشود.	در فرآیند ارزیابی اولیه بیمار عوامل تهدید کننده ایمنی بیمار شناسایی می شوند. این عوامل با توجه به وضعیت و زمینه های آسیب پذیری بیمار شناسایی و از طریق کنترل عوامل محیطی، آموزش های خود مراقبتی، طرح مراقبت و درمان متناسب و مناسب، وضعیت بیمار کنترل میشود دوره هایی از قبیل RCA, FMEA و مفاهیم کلی در مدیریت خطر و ایمنی بیمار، بهبود کیفیت و راهکارها، مدل ها ی اجرایی و بعنوان نمونه هایی از دوره های شناسایی و کنترل عوامل تهدید کننده ایمنی بیمار قابل ذکر می باشد. تجدید این دوره آموزشی برای کارکنان مشمول حداقل هر دو سال یکبار می باشد.
۳۴	الف. ۱۱.۷ سنجه شماره ۲	برای پزشکان دوره های آموزش مهارتهای تخصصی ضمن خدمت پیش بینی شده، که حداقل شامل احیای قلبی-ریوی پیشرفته نوزادان/کودکان و بزرگسالان میباشد.	پزشکان می توانند دوره های آموزشی مهارتهای تخصصی ضمن خدمت خود را علاوه بر بیمارستان محل خدمت، در مراکزی نظیر سازمان نظام پزشکی، دانشگاههای علوم پزشکی، سازمان انتقال خون، سازمان پزشکی قانونی و سازمان انرژی اتمی نیز بگذرانند دوره های آموزشی مهارتهای تخصصی ضمن خدمت نظیر احیای قلبی-ریوی حداقل برای پزشکان اورژانس و متخصصین مقیم و پزشکان پشتیبان زایمان های طبیعی بلوک زایمان و سزارین در اتاق عمل ها الزامی است.
مدیریت تأمین و تسهیلات اقامت :			
۳۵	الف. ۱.۸ سنجه شماره ۲	براساس نوع خدمات، فهرست تجهیزات ضروری هریک از بخشها/واحدها تدوین شده است.	تجهیزات پزشکی ضروری به تجهیزاتی اطلاق میشود که در صورت فقدان آنها ضمن ایجاد وقفه در خدمات، این تاخیر، ایمنی بیماران را به مخاطره بیندازد. (تجهیزات مانند دی سی شوک و سایر تجهیزات با تشخیص روسا و مسئولان بخشها / واحدها). تجهیزات در استانداردهای ایمنی بیمار شامل وسایل مصرفی هم می باشد. باید اعلام نمود که واحد تجهیزات پزشکی بیمارستان می تواند صحت عملکرد تجهیزات پزشکی، کالیبراسیون و مدیریت نگهداشت تجهیزات را تضمین نماید اما نظر قطعی در خصوص نوع و تعداد هر دستگاه با توجه به مراجعین و critical بودن case ها بر عهده provider (پزشک مسئول بخش، پرستار ، مسئول بخش) می باشد.
۳۶	الف. ۱.۸ سنجه شماره ۳	بخش /واحد پشتیبان، برای تأمین موقت تجهیزات ضروری در شرایط اضطراری، به نحوی که تاخیری در فرآیند درمان بیماران رخ ندهد تعیین شده اند.	بخش یا واحد پشتیبانی، به نحوی انتخاب شود که در اسرع وقت و بدون اتلاف زمان تجهیزات جایگزین در اختیار بخشی که تجهیزات آن دچار مشکل شده است قرار گیرد. این پشتیبانی بایستی به صورت شبانه روزی پیش بینی شود. لازم بذکر است که برخی از بخش ها نمی تواند واحد پشتیبانی داشته باشد، لذا تجهیزات پشتیبان باید در همان بخش وجود داشته باشد مثل بخش دیالیز. از طرفی دو بخش critical پشتیبان هم نباشد. بعنوان مثال یک دی سی شوک نباشد که کل بیمارستان را بچرخد. در این سنجه بیمار بعنوان مصاحبه شونده کلیدی مورد توجه می باشد.
۳۷	الف. ۱.۸ سنجه شماره ۴	دستورالعمل " انبارش ایمن " با حداقلهای مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل مینمایند	مواردی از قبیل : انبارش مستقل مواد شیمیایی و قابل اشتعال، رعایت اصول ایمنی و دکتورهای هشداردهنده در فضای خارج از انبار اصلی که مجهز به وسائل آتش نشانی باشد، استفاده از قفسه بندی های فلزی مستحکم و غیر قابل اشتعال، استفاده از درب فلزی و فاقد شکاف در انبار، سیم کشی توکار برق و از داخل لوله های مخصوص ضد ضربه و اشتعال، استفاده از کلیدها و پریزها و روشناییهای ضد جرقه، چیدمان طبقه بندی شده و ایمن از جمله نگهداری مواد سوزاننده و اشتعال زا در طبقات پایین، استفاده از علائم هشداردهنده ممنوعیت سیگار و سایر موارد ایمنی، کف انبار صاف و فاقد هرگونه لغزندگی باشد، استحکام کافی و زیر سازی مناسب کف انبار از جهت ایمنی در مقابل آتش سوزی و زلزله، روشنایی و تهویه مناسب انبار، وجود جعبه کمک های اولیه در انبار، استفاده از نرده محافظ در پشت پنجره های انبارها، رعایت نکات نگهداری اجزاء غیرسازهای در هنگام زلزله(مانند قفسه ها و).... در تدوین دستورالعمل مذکور توجه باشد.
۳۸	الف. ۱.۸ سنجه شماره ۵	مدیر /مدیر داخلی بیمارستان به صورت مدون از انبارهای بیمارستان بازدید نموده و نحوه انبارش کالا ، تجهیزات و مواد را از نظر رعایت اصول ایمنی و امنیت محیطی ارزیابی مینماید، و در صورت نیاز اقدام اصلاحی /پیشگیرانه به عمل میآورد.	چک لیست بر اساس دستورالعمل انبارش ایمن تدوین شود. بازدید بر اساس برنامه ریزی بیمارستان، حداقل هر سه ماه یکبار به انجام رسد.
۳۹	الف. ۳.۸ سنجه شماره ۱	بیمارستان امکانات شستشوی بهداشتی و ضد عفونی کردن دستها را مطابق بخشنامه ابلاغی وزارت بهداشت فراهم نموده است.	امکانات شستشوی بهداشتی دست در کلیه بخشهای بالینی و پاراکلینیک حداقل در هر اتاق بیماران بستری و به ازای هر ۶ تخت موجود باشد. امکانات ضدعفونی دستها شامل محلول با پایه الکل، دیسپنسر، راهنماهای تصویری در دسترس کارکنان به تعداد کافی موجود میباشد. امکانات شستشوی بهداشتی دست شامل(روشویی نیم پایه، صابون مایع، حوله کاغذی، سطل های آشغال پدال دار و یادآورهای تصویری)به تعداد کافی در دسترس باشد. در بحث تکمیلی باید اعلام نمود که هر جا یک provider در کنار یک بیمار، یک پروسیجر یا مداخله قرار گیرد چه در بخش بستری، سرپایی یا پاراکلینیک، یک موقعیت برای hand hygiene ایجاد می گردد. قاعدتا بخش های پاراکلینیک نیز این تسهیلات و امکانات را می طلبد. در بخش های بستری، یک سینک در هر اتاق مناسب است ولی دیسپنسرها باید فراوانی بیشتری داشته باشد. در بخش های بالینی بعلاوه تخت های تحت نظر بخش اورژانس، دیسپنسر حداقل بین ۲ تخت در نظر گرفته شود.

ردیف	شماره سنجه و استاندارد	عنوان سنجه	نکات آموزشی و قابل انتظار جهت تحقق سنجه های الزامی و اساسی ایمنی بیمار در اعتباربخشی ملی
مدیریت تأمین و تسهیلات اقامت :			
۴۰	الف. ۳.۸. سنجه شماره ۲	وسایل حفاظت فردی متناسب با اصول احتیاطات در بخشها / واحدها در دسترس کارکنان بوده و راهنماهای تصویری برای استفاده صحیح از آن در بخشها/واحدهای مرتبط مشاهده میشود.	وجود وسایل حفاظت فردی متناسب با اصول احتیاطات در بخشها /واحدها براساس کتاب نظام کنترل عفونتهای بیمارستانی وجود داشته باشد. موقعیت های استفاده از ماسک ۹۵ را در هنگام انجام پروسیجرهای تولید کننده آئروسول به نحوه صحیح در تمامی بخشهای بالینی شناسایی و قبل از مواجهه با بیمار مشکوک / محتمل /مبتلا به ماسک 95N جهت استفاده کارکنان در دسترس قرار داده شود. فهرست وسایل حفاظت فردی متناسب با اصول احتیاطات در بخشها/واحدها و تعداد مورد نیاز براساس نوع بیماران بستری و دستورالعملهای ابلاغی وزارت بهداشت، با مشارکت تیم کنترل عفونت و مسئولین بخشها /واحدها تأیید لیست فوق در کمیته کنترل عفونت تنظیم و موجود باشد. لازم بذکر است ممنوعیت و محدودیت ملاقات همراهان و ویزیتورها و آموزش نحوه استفاده از وسایل حفاظت فردی بایستی در روش اجرایی معین شده باشد.
۴۱	الف. ۸.۸. سنجه شماره ۱	در بخشهای بالینی خطوط ارتباطی یک طرفه جهت اعلام نتایج تهدید آمیز از طرف واحدهای پاراکلینیک وجود دارد	منظور از اعلام نتایج تهدیدآمیز همان نتایج بحرانی تست های آزمایشگاهی و رادیولوژی است. خط آزاد ارتباطی تنها محدود به بخش آزمایشگاه نباشد بلکه منظوراتی وجود خط آزاد ارتباطی هم در آزمایشگاه و هم در بخش های بالینی است. وجود لیست شماره تلفن های بخش ها در واحد تصویربرداری و آزمایشگاه بعنوان مستندات این سنجه مورد توجه باشد. تلفن های بدون شماره گیر در بخش های بالینی و اورژانس نیز مورد مشاهده قرار خواهد گرفت.
۴۲	الف. ۹.۸. سنجه شماره ۱	اتاق /اتاق های ایزوله شامل ایزوله فشار منفی یا اتاق ایزوله با حداقل شرایط طبق بخشنامه ابلاغی وزارت بهداشت موجود است	اتاق ایزوله از سه بخش پیش ورودی، اتاق ایزوله و سرویس بهداشتی تشکیل شده و در پیش ورودی روشویی، وسایل حفاظت فردی قرار دارد. بیمارستانهای معدودی اتاق ایزوله فشار منفی دارند که بایستی دستورالعملهای اتاق ایزوله تنفسی فشارمنفی اعلام شده ذیل این سنجه در راهنمای اعتباربخشی سال ۹۵ رعایت شود، در سایر بیمارستانها ملاک اتاقهای ایزوله معمولی است. چنانچه اتاق ایزوله معمولی پیش ورودی نداشته باشد می توان با نصب یک آویز قبل از ورود به اتاق، وسایل حفاظت فردی را جهت استفاده پرسنل و بیمار در آن محل قرار داد.
۴۳	الف. ۹.۸. سنجه شماره ۳	برای بیمارانی که امکان انتقال بیماری آنها وجود دارد(مانند HBS-Ag +) دستگاه جداگانه جهت دیالیز فراهم شده است.	طبق توضیحات ارائه شده در راهنمای ارزیابی اعتباربخشی ملی

ردیف	شماره سنجه و استاندارد	عنوان سنجه	نکات آموزشی و قابل انتظار جهت تحقق سنجه های الزامی و اساسی ایمنی بیمار در اعتباربخشی ملی
مراقبت های عمومی بالینی :			
۴۴	ب . ۴ . ۱ . ۳ سنجه شماره ۳	پزشک براساس نتایج ارزیابیهای اولیه، پس از اخذ تصمیمات بالینی، توضیحاتی را درخصوص تشخیص / تشخیص های احتمالی اولیه، تصمیمات تشخیصی و درمانی اولیه و عوارض احتمالی به بیمار و خانواده ارائه مینماید و با آگاهی و مشارکت آن ها طرح درمان اجرا میشود.	در این سنجه پرونده پزشکی بیمار بعنوان مستند مورد بررسی قرار خواهد گرفت و پزشک، پرستار و بیمار سه مصاحبه شونده اصلی می باشد.
۴۵	ب . ۴ . ۱ . ۴ سنجه شماره ۴	پزشک، داروهای درحال مصرف بیمار را در هنگام پذیرش، بررسی و در مورد ادامه،قطع داروها و یا انجام مشاوره تصمیمگیری کرده و در صورت تایید تداوم مصرف دارو، در برگه دستورات پزشکی بیمار ثبت مینماید.	این سنجه به تلفیق دارویی اشاره دارد. تلفیق دارویی به معنی تصمیمگیری در مورد ادامه و یا قطع داروهای مصرفی بیمار میباشد و پزشک از داروهای مصرفی بیمار در مدت بستری وی اعم از مرتبط یا غیر مرتبط با وضعیت فعلی بیمار آگاهی دارد. بدین منظور نیازی به تکمیل فرم تلفیق دارویی نمی باشد بلکه تصمیم گیری پزشک در خصوص ادامه،قطع داروها در قسمت drug history موجود در برگه ی شرح حال پرونده بیمار وارد شود. با توجه اینکه اکثر بیمارستان ها فاقد داروساز بالینی هستند، بنابراین گرفتن تأییدیه تلفیق دارویی از سوی نامبرده الزامی نیست. لازم بذکر است که در تداخلات دارویی در اعتباربخشی، هر دو تداخل دارو با دارو و دارو با غذا مورد توجه است ولی در ایمنی بیمار تأکید بر تداخل دارو با دارو است. سوابق دارویی، دستورات پزشکان در پرونده پزشکی بیماران تداخلات دارویی و واکنش های ناخواسته دارویی drug interaction and adverse در پرونده پزشکی بیماران، برگه خلاصه پرونده بعنوان مستندات در این سنجه مورد بررسی قرار خواهند گرفت. پزشک و بیمار حین ترخیص بعنوان مصاحبه شوندگان کلیدی مورد توجه اند.
۴۶	ب . ۴ . ۱ . ۵ سنجه شماره ۵	شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار در ابلاغیه شماره ۴۰۰/۱۵۳۰۷ د مورخ ۹۵/۵/۱۹ وزارت بهداشت اعلام شده است. در این ابلاغیه دو موقعیت سقوط بیمار و پیشگیری از زخم بستر اعلام شده طی مکاتبه ۴۰۹۵/ ۱۰۷۵۷ مورخ ۹۳/۶/۱۲ به ویژه مورد توجه باشد. برگه ارزیابی اولیه پرستاری در پرونده پزشکی بیماران، سوابق آموزش روش غربالگری بیماران مستعد به کارکنان دراستای شناسایی بیماران آسیب پذیراز جمله بیماران در معرض خطرسقوط، ابتلاء به زخم فشاری ، خودکشی ، سوءتغذیه و عفونت و راهنماهای بالینی بعنوان مستندات در این سنجه مورد بررسی قرار خواهند گرفت. پزشک و پرستار بعنوان مصاحبه شونده اصلی خواهند بود و دستبند زرد رنگ جهت بیماران در معرض خطر نیز مشاهده خواهد شد.	شرایط تهدید کننده ایمنی بیمار در ابلاغیه شماره ۴۰۰/۱۵۳۰۷ د مورخ ۹۵/۵/۱۹ وزارت بهداشت اعلام شده است. در این ابلاغیه دو موقعیت سقوط بیمار و پیشگیری از زخم بستر اعلام شده طی مکاتبه ۴۰۹۵/ ۱۰۷۵۷ مورخ ۹۳/۶/۱۲ به ویژه مورد توجه باشد. برگه ارزیابی اولیه پرستاری در پرونده پزشکی بیماران، سوابق آموزش روش غربالگری بیماران مستعد به کارکنان دراستای شناسایی بیماران آسیب پذیراز جمله بیماران در معرض خطرسقوط، ابتلاء به زخم فشاری ، خودکشی ، سوءتغذیه و عفونت و راهنماهای بالینی بعنوان مستندات در این سنجه مورد بررسی قرار خواهند گرفت. پزشک و پرستار بعنوان مصاحبه شونده اصلی خواهند بود و دستبند زرد رنگ جهت بیماران در معرض خطر نیز مشاهده خواهد شد.
۴۷	ب . ۴ . ۱ . ۶ سنجه شماره ۶	کارکنان درمانی براساس ارزیابی اولیه خدمات خود مراقبتی و بازتوانی مورد نیاز بیماران را شناسایی، و طبق آن اقدام مینمایند.	پرونده پزشکی بیمار بعنوان مستند در این سنجه بررسی خواهد شد. بیمار، پرستار و پزشک مصاحبه شوندگان اصلی می باشد. در این خصوص از بیمار سوال می شود که آیا مراقبین شما در مورد نحوه مراقبت خود پس از ترخیص به شما آموزش داد و یا در زمان ترخیص هیچگونه مطلب آموزشی در خصوص بیماری / تشخیصتان به شما داده است. در بخش دستبند زرد رنگ جهت بیماران در معرض خطر نیز مشاهده خواهد شد.
۴۸	ب . ۵ . ۱ . ۱ سنجه شماره ۱	روش اجرایی " جداسازی بیماران عفونی با احتمال سرایت به سایر بیماران " با حداقل های مورد انتظار تدوین شده وکارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.	پرونده پزشکی بیماران و راهنمای ایزولاسیون و احتیاطات بعنوان مستندات دراین سنجه بررسی خواهد شد. مصاحبه شونده اصلی کارشناس کنترل عفونت بیمارستانی است. در بخش اتاق های ایزوله و بستری بیماران محتمل /مشکوک به ابتلاء به بیماری های عفونی مشاهده خواهد شد.
۴۹	ب . ۶ . ۱ . ۱ سنجه شماره ۱	قبل از انجام هرگونه اقدام تشخیصی -درمانی شناسایی بیماران حداقل با دو شناسه مطابق بخشنامه ابلاغی وزارت بهداشت صورت میپذیرد.	در خصوص این سنجه باید توجه نمود که مواردی وجود خواهد داشت که نام، نام خانوادگی و نام پدر مشابه است، در این حالت استفاده از شماره پرونده جهت شناسایی صحیح بیماران الزامی است به ویژه در مورد مادرانی که نوزاد دو قلو دارند. در دستورالعمل شناسایی صحیح بیماران در خصوص شناسایی بیماران روانی اشاره ای نشده است. طبق نظر کارشناس وزارتخانه، جهت این قبیل از بیماران، در ابتدای پذیرش عکس گرفته شده و در کاردکس دارویی نصب گردد. در سوختگی جهت موارد خاص بالینی طبق صلاحدید بیمارستان روش اجرایی مناسب پیش بینی گردد. جهت بیماران دیابتی، شیمی درمانی و تالاسمی که مراجعه ی مستمر به بیمارستان دارند، دستبند شناسایی بیمار می تواند در هنگام ترخیص اخذ شده و در هر بار مراجعه استفاده شود. راهنمای شناسایی صحیح بیمار در بخش موجود باشد. پرستار و پزشک مصاحبه شونده اصلی می باشند. دستبندهای شناسایی بیماران و شناسه های اصلی (عدم استفاده از شماره تخت و اتاق به عنوان شناسه شناسایی بیمار)، دستبند شناسایی ، ویژه بیمارانی که دارای آلرژی می باشند(قرمز رنگ) در بخش مورد مشاهده قرار خواهند گرفت.
۵۰	ب . ۸ . ۱ . ۱ سنجه شماره ۱	در انتهای هر نوبت کاری و زمان تحویل شیفت، مراقبت از بیماران توسط پرستاران تداوم دارد.	ضمن تأکید بر توجه به بخشنامه وزارت بهداشت در این خصوص، الگوی بیمارستان جهت تحویل و تحول بیمار بین شیفت ها مشخص باشد. در این خصوص از سرپرستار و پرستا بعنوان مصاحبه شوندگان اصلی سوال می گردد. گزارش پرستاری در پرونده و برنامه کاری کادر پرستاری مورد مشاهده قرار خواهد گرفت.
۵۱	ب . ۸ . ۱ . ۲ سنجه شماره ۲	در مواردی که پرستار حتی به مدت کوتاه محل خدمت خود را ترک مینماید با تعیین جانشین، مراقبت از بیماران تداوم دارد	پرستار جانشین بایستی ضمن ارائه مراقبتهای لازم، گزارش اقدامات انجام شده را در گزارش پرستاری ثبت نماید

ردیف	شماره سنجه و استاندارد	عنوان سنجه	نکات آموزشی و قابل انتظار جهت تحقق سنجه های الزامی و اساسی ایمنی بیمار در اعتباربخشی ملی
۵۲	ب . ۱۲ . ۱ سنجه شماره ۳	خط مشی و روش " دستورالعمل مراقبتی و درمانی تلفنی در موارد ضروری " با حداقلهای مورد انتظار و مشارکت صاحبان فرآیند تدوین و همه کارکنان از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل مینمایند.	دستورات مراقبتی و درمانی تلفنی تنها در موارد اورژانس که تاخیر ممکن است موجب آسیب به بیمار شود قابلیت اجرایی دارد.
۵۳	ب . ۱۴ . ۱ سنجه شماره ۱	حداقل پنج مورد از حالات شایع حاد در مراجعه کنندگان به بیمارستان شناسایی و راهنماهای طبابت بالینی براساس منابع معتبر علمی و اجماع متخصصان بیمارستان انتخاب شده و در دسترس پزشکان و پرستاران قرار گرفته و پزشکان از آن آگاهی دارند و طبق آن عمل مینمایند.	احیاء قلبی ریوی یک مورد از ۵ حالات مورد بررسی باشد. راهنمای طبابت بالینی باید مطابق با الگوی راهنمای ملی طبابت بالینی ابلاغی از طرف وزارت بهداشت تهیه شده باشد. برای بررسی میزان اجرایی شدن راهنماهای بالینی هم می توان به مستندات دوره های آموزشی رجوع نمود و هم گزارشات ممیزی در ارتباط با میزان تبعیت از راهنما را بررسی نمود. پزشک، رؤسای بخش ها، معاونت درمان بیمارستان بعنوان مصاحبه شوندگان اصلی خواهند بود.
۵۴	ب . ۱۴ . ۱ سنجه شماره ۲	حداقل پنج مورد از حالات شایع حاد در مراجعه کنندگان به بیمارستان شناسایی و راهنماهای مراقبت پرستاری براساس منابع معتبر علمی واجماع پرستاران خبره، انتخاب شده و در دسترس پرستاران و پزشکان قرار گرفته و پرستاران از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل مینمایند	برای بررسی میزان اجرایی شدن راهنماهای بالینی هم می توان به مستندات دوره های آموزشی رجوع نمود و هم گزارشات ممیزی در ارتباط با میزان تبعیت از راهنما را بررسی نمود. پرستاران و سرپرستاران بعنوان مصاحبه شونده اصلی مورد توجه اند.
۵۵	ب . ۱۵ . ۱ سنجه شماره ۱	دستورالعمل " نحوه جابجایی درون بخشی و بین بخشی بیماران " با رعایت اصول ایمنی و سایر الزامات و اولویت ها توسط بیمارستان تدوین شده و کارکنان مربوطه از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل مینمایند.	حداقل شامل نحوه اخذ پذیرش از بخش/واحد مقصد و گزارش وضعیت بیمار، رعایت طرح انطباق، تجهیزات مورد نیاز هنگام انتقال ایمن بیماران، شرایط کادر همراه، مشخص ساختن مدارک بالینی نیازمند به انتقال همراه بیمار حداقل شامل پرونده بیمار و گرافیهها بر اساس دستورالعمل ابلاغی نحوه تحویل بیمار طبق راهنمای ارتباط صحیح کارکنان درمانی در انتقال بیمار میباشد. منظور از جا به جایی درون بخشی انتقال بیمار از یک تخت/اتاق به تخت/اتاق دیگر در همان بخش میباشد.
۵۶	ب . ۱۵ . ۱ سنجه شماره ۲	دستورالعمل " نحوه انتقال موقت بیماران جهت اخذ خدمات به خارج از بیمارستان " با رعایت اصول ایمنی و سایر الزامات و اولویت ها توسط بیمارستان تدوین شده و کارکنان مربوطه از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل مینمایند	حداقل شامل نحوه اخذ پذیرش از بخش/واحد/مرکز مقصد و گزارش وضعیت بیمار، رعایت طرح انطباق، تجهیزات مورد نیاز هنگام انتقال ایمن، شرایط کادر همراه، مشخص ساختن مدارک بالینی نیازمند به انتقال همراه بیمار، حداقل شامل پرونده بیمار و گرافیهها بر اساس دستورالعمل ابلاغی نحوه تحویل بیمار طبق راهنمای ارتباط صحیح کارکنان درمانی در انتقال بیمار و نحوه عودت بیمار در انتقال موقت بیمار بعد از دریافت خدمات تشخیصی یا درمانی پیش بینی شده به بیمارستان مبدا میباشد.
۵۷	ب . ۱۶ . ۱ سنجه شماره ۱	دستورالعمل " آموزش خود مراقبتی به بیماران در بخشهای بالینی " با مشارکت پزشکان و پرستاران تدوین شده و کارکنان مربوط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل مینمایند	دستورالعمل حداقل شامل نوع آموزش(چهره به چهره -کارگروهی -فیلم و پوستر -پمفلت یا سایر رسانه های آموزشی و...) ، روش ارزیابی آموزشهای ارائه شده و شیوه بررسی اثر بخشی آموزش به بیمار در بازه زمانی معین است.
۵۸	ب . ۱۶ . ۱ سنجه شماره ۲	توضیحات و آموزشهای لازم توسط پزشک در طول بستری و مراحل تشخیص و درمان به بیمار / خانواده ارائه میشود	*توضیحات و آموزشها در دوران بستری حداقل شامل موارد زیر میباشد: اطلاعات قابل فهم در باره بیماری و نحوه درمان، مراحل و طول احتمالی درمان، درمان های جایگزین، عوارض درمان یا عدم درمان، پیش آگهی، داروهای مصرفی و عوارض احتمالی، تغذیه و رژیم درمانی، خودمراقبتی و بازتوانی. توضیحات آموزشی شفاهی پزشک به بیمار و همراه وی طول بستری نیاز به ثبت در پرونده پزشکی ندارد
۵۹	ب . ۱۶ . ۱ سنجه شماره ۳	توضیحات و آموزشهای لازم توسط پرستار در طول بستری و مراحل تشخیص و درمان به بیمار / خانواده ارائه میشود	آموزشها در دوران بستری حداقل شامل : افزایش آگاهی بیماران در مورد عوارض احتمالی سیر بیماری و روش برخورد با عوارض ، پوزیشن مناسب، نحوه مراقبت از خود و مدیریت درد و سایر موارد براساس نیازسنجی آموزشی توسط مسئول آموزش بخش و تایید و ابلاغ مدیرپرستاری می باشد.
۶۰	ب . ۱۶ . ۱ سنجه شماره ۴	توضیحات و آموزشهای لازم توسط سایر کارکنان بالینی در طول بستری و مراحل ارائه خدمات مرتبط به بیمار و خانواده ارائه میشود	منظور از سایر کارکنان بالینی، کارکنان فیزیوتراپی، کارشناس تغذیه، رسپیراتوربست و سایر کارکنان میباشد.

ردیف	شماره سنجه و استاندارد	عنوان سنجه	نکات آموزشی و قابل انتظار جهت تحقق سنجه های الزامی و اساسی ایمنی بیمار در اعتباربخشی ملی
۶۱	ب . ۱۶ . ۱ سنجه شماره ۵	مسئول آموزش بیمار در سطح بیمارستان تعیین شده و اثربخشی آموزشهای خود مراقبتی ارائه شده به بیماران را سنجیده و گزارش ارزیابی آموزش بیماران را به تیم مدیریت اجرایی ارائه و در صورت لزوم اقدام اصلاحی/برنامه بهبود کیفیت تدوین، ابلاغ و اجرا میشود.	فرایند آموزش به بیماران، تعیین مسئول یا رابط آموزشی در بخش طبق شرح وظایف اعلام شده در راهنمای اعتباربخشی ملی تحت این سنجه و اثربخشی آموزش از الزامات استقرار این سنجه می باشد. جهت ارتقاء عملکرد پیشنهاد می گردد کارگروه آموزش در هر یک از بخش های بالینی، با ترکیب مورد اشاره در راهنمای اعتباربخشی ملی تحت این سنجه، تشکیل گردد. از طرفی نیازهای آموزشی بیماران با توجه به نوع فعالیت تخصصی و سطوح دانش گیرندگان خدمت و مراقبتهای پرستاری مورد نیاز در بخشهای مختلف براساس بیماریهای شایع هر بخش، توسط کارگروه آموزش به بیمار شناسایی و اولویت بندی شده و پس از تایید مدیر پرستاری، ضمن تامین امکانات اجرایی شود. باید توجه داشت که مسئولیت آموزش بیماران در بخش ناقض انجام سایر وظایف محوله نمیباشد. انواع روشهای آموزش به بیمار شامل چهره به چهره، استفاده از پمفلت و جزوات آموزشی، نمایش فیلم آموزشی و برگزاری کلاسهای آموزشی است.
۶۲	ب . ۱۷ . ۱ سنجه شماره ۱	دارو دهی به بیماران بارعایت اصول صحیح دارو دهی طبق آخرین روش پیشنهادی سازمان بهداشت جهانی صورت میپذیرد.	با توجه به اینکه تضمین صحت دارودهی مستلزم توجه بر نسخه نویسی صحیح دارویی از سوی پزشک معالج می باشد، لذا می توان پزشک را نیز علاوه بر نامبردگان هدایت کننده در این سنجه نیز نام برد. برگه دستور پزشک درپرونده بیماران، گزارش پرستاری، کاردکس دارویی /کارت دارویی بعنوان مستندات این سنجه مورد بررسی قرار خواهد گرفت. پرستاران و پزشکان بعنوان مصاحبه شوندگان کلیدی مورد توجه خواهد بود.
۶۳	ب . ۱۷ . ۱ سنجه شماره ۲	نحوه شناسایی و نگهداری داروهای با " شکل، نام و تلفظ مشابه "	<p>محدود نمودن دستور تلفنی و شفاهی به ویژه در خصوص داروها با تلفظ (آوی) مشابه :</p> <p>تجویز دارویی به صورت شفاهی (تلفنی)بایستی حتی المقدور بسیار محدود گردد و الزامی است که در موارد ضروری از تکنیک بازخوانی مجدد برای تأیید دستور داده شده استفاده شود. مشخص نمودن داروهای مشابه از لحاظ تلفظ که در دستورالعمل تلفنی قرار می گیرند مورد توجه باشد.</p> <p>نصب یادآور داروها با اشکال مشابه در اتاق تریتمنت و آماده سازی داروها (لیست داروهای با اشکال مشابه بایستی منطبق بر داروهای موجود در بیمارستان باشد و بدین منظور ضروری است که پس از تدارک دارویی و در فواصل دوره ای منظم بازنگری و به روز شود.)</p> <p>مسئولیت نظارت بر صحت لیست داروهای با اشکال و اسامی مشابه بر عهده کمیته دارو و درمان بیمارستان می باشد.</p> <p>آموزش کادر بالینی ذریبط در ارتباط با داروها با اسامی و اشکال مشابه باید صورت پذیرد.</p> <p>برچسب داروهای با اسامی و اشکال مشابه به رنگ زرد است و بایستی به نحوی بر روی ویال دارویی الصاق گردد که نام و مشخصات دارو قابل خواندن باشد.</p> <p>به منظور تأکید بر روی اختلاف اسامی داروهای با اسامی مشابه ، نسخه نویسی و نسخه برداری داروها به روش نگارش tall man lettering انجام شود. یعنی : استفاده از حروف بزرگ در نوشتن نام داروهای مشابه اسمی</p> <p>پرستاران /پزشکان /رییس داروخانه در مورد خوانا بودن دست خط پزشکان در بخش سرپایی بعنوان مصاحبه شوندگان کلیدی مورد توجه خواهند بود.</p> <p>جهت به روز رسانی لیست داروهای مشابه پس از هر بار تدارک دارویی در بخش به نکات زیر توجه شود :</p> <p>ممکن است تدارک دارو امروز به انجام رسد ولی تا هفته دیگر به بخش تحویل داده نشود (توجه بر لیست داروهای مشابه ای که از سوی داروخانه فرستاده شده است. لیست باید با داروهای موجود در اتاق تریتمنت مطابقت داده شود)</p> <p>ممکن است داروهای تحویل داده شده قدیم و جدید باشند. (بررسی از لحاظ تغییر شکل دارویی)</p>
۶۴	ب . ۱۷ . ۱ سنجه شماره ۳	شناسایی، انبارش، نسخه نویسی و دارو دهی " داروهای پر خطر "	<p>داروهای پرخطر یا داروهای با هشدار بالا، داروهایی هستند که چنانچه اشتباه مصرف شوند موجب آسیب های جبران ناپذیر میشوند.</p> <p>توصیه ۱۰. ویال پتاسیم را دور از سایر داروها و در جایگاه مجزایی نگه داری نمایید.</p> <p>توصیه ۲۰. محدودیت در تجویز داروهای با هشدار بالا به صورت شفاهی یا تلفنی</p> <p>توصیه ۳۰. تجویز (دارودهی)و آماده سازی داروهای با هشدار بالا توسط دو نفر از کادر حرفه ای بالینی</p> <p>توصیه ۴۰. در انبارها، قفسه دارویی و تراسی اورژانس با برچسب قرمز رنگ " داروهای با هشدار بالا "توجه کاربران به خطر بالقوه آنها جلب شود.</p> <p>لازم بذکر است که داروهای یخچالی یا مشابه که high alert می باشند، فقط اتکیت قرمز رنگ خورده شود و نیازی به چسباندن همزمان چند اتکیت نمی باشد.</p> <p>لیست داروهای پر خطر از ۸ دسته دارویی تغییر یافته و به ۲۰ داروی پر خطر محدود شده است. (البته هنوز ابلاغ نشده است) . در انبار دارویی باید روی کل فضای نگهداری دارو اتکیت خورده شود و نام دارو با فونت ۴۸ در بالای آن فضا نصب گردد (در خصوص داروهای مشابه نیز صادق است.)، ضمناً محلول های الکترولیت با غلظت بالا باید در مکان ها یا قفسه های دارویی مجزا نگهداری شود. .</p> <p>در این سنجه پزشک و پرستار بعنوان مشاهده کننده اصلی مورد توجه اند.</p>

ردیف	شماره سنجه و استاندارد	عنوان سنجه	نکات آموزشی و قابل انتظار جهت تحقق سنجه های الزامی و اساسی ایمنی بیمار در اعتباربخشی ملی
۶۵	ب . ۱ . ۱۸ سنجه شماره ۱	کارکنان بالینی با هماهنگی واحد تجهیزات پزشکی، قبل از استفاده، از سالم و آماده به کار بودن تجهیزات، اطمینان حاصل مینمایند.	خط مشی و روش های اجرایی نگهداشت و تعمیرات دستگاه ها و تجهیزات، گزارشات نگهداشت تعمیرات دستگاه ها و تجهیزات، مستندات و گزارش آموزش کارکنان در ارتباط با خط مشی و روش های اجرایی نگهداشت تعمیرات دستگاه ها و تجهیزات بعنوان مستندات این سنجه مورد توجه اند. پرستاران و مهندسين تجهیزات پزشکی، بعنوان مصاحبه شوندگان کلیدی اند.
۶۶	ب . ۱ . ۱۹ سنجه شماره ۱	روش اجرایی " مراقبتهای پوست و حفاظت بیماران در برابر زخم های فشاری " با حداقلهای مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل مینمایند.	پرونده پزشکی بیماران ، نرخ اعلام شیوع و بروز زخم فشاری و ارزیابی احتمال خطر ابتلاء به زخم فشاری در برگه ارزیابی اولیه پرستاری و ارزیابی مستمر در هنگام تغییر وضعیت بیمار بعنوان مستندات این سنجه مورد توجه اند. معیار واترلو، برادن و نورتون بعنوان ابزار ارزیابی میزان خطر ابتلا به زخم فشاری قابل استفاده اند. پرستار و سرپرستاران بعنوان مصاحبه شوندگان کلیدی اند. استفاده از تشک های موج برای بیماران در معرض خطر در بخش ICU مورد مشاهده قرار خواهد گرفت.
۶۷	ب . ۱ . ۱۹ سنجه شماره ۲	روش اجرایی " پیشگیری از ترومبو آمبولی وریدی و آمبولی ریوی " با حداقلهای مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل مینمایند.	طبق توضیحات ارائه شده در راهنمای ارزیابی اعتباربخشی ملی
۶۸	ب . ۱ . ۲۰ سنجه شماره ۱	روش اجرایی " استفاده صحیح از ابزارهای مهار فیزیکی " با حداقل های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل مینمایند.	مهار فیزیکی با دستور پزشک معالج و به مدت بسیار محدود که در دستور پزشک ذکر می گردد قابل اجرا است و تمدید آن برای مدت محدود دیگر نیاز به دستور پزشک معالج دارد.
۶۹	ب . ۱ . ۲۵ سنجه شماره ۳	پزشک معالج در خصوص داروهای مصرفی غیر مرتبط با وضعیت فعلی بیمار تصمیم گیری و یا در خصوص مراجعه به پزشک متخصص مربوط راهنمایی نموده و گزارش اقدامات را در فرم خلاصه پرونده ثبت مینماید.	بایستی قبل از تلفیق دارویی از مصرف داروهای غیر مرتبط با وضعیت فعلی بیمار با دستور پزشک اطمینان حاصل گردد و در صورت هر گونه ابهام در این خصوص بیمار باید به سرویس تخصصی مرتبط ارجاع گردد. پرونده پزشکی بیماران: برگه های مشاوره مرتبط با pmi بعنوان مستندات در این سنجه موردتوجه اند. پزشک و داروساز در ارتباط با تداخلات دارویی با هم و دارو با غذ بعنوان مصاحبه شوندگان کلیدی اند. خلاصه پرونده بیماران حین ترخیص مشاهده می شود. اشاره به تلفیق دارویی دارد.
۷۰	ب . ۱ . ۲۶ سنجه شماره ۱	دستورالعمل اعلام نتایج معوقه تستهای پاراکلینیک به بیمار /همراه او بعد از ترخیص از بیمارستان، تدوین شده و کارکنان مربوطه از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل مینمایند	مسئول سیتوپاتولوژی و مسئول گزارش نتایج در واحد سیتوپاتولوژی بعنوان مصاحبه شونده اصلی می باشد. این سنجه هم در آزمایشگاه، رادیولوژی، بخش بیماران سرپایی و بستری باید اجرا شود. در روش اجرایی این دستورالعمل مواردی از قبیل : تعریف محدود بحرانی، محدوده abnormal در بخش بستری، سرپایی و پاراکلینیکی منظور گردد. دفتر ثبت و گزارش دهی نتایج معوقه به ویژه در بخش سیتوپاتولوژی، بعنوان مستند اصلی این سنجه بررسی خواهد شد. اعلام نتایج معوقه به ویژه در موارد ترخیص با رضایت شخصی و آزمایشات هورمونی مورد توجه باشد.

ردیف	شماره سنجه و استاندارد	عنوان سنجه	نکات آموزشی و قابل انتظار جهت تحقق سنجه های الزامی و اساسی ایمنی بیمار در اعتباربخشی ملی
مراقبت های جراحی و بیهوشی:			
۷۱	ب. ۱.۴. سنجه شماره ۱	دستورالعمل " نحوه پذیرش بیماران در اتاق عمل " تدوین شده و کارکنان مربوطه از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل می نمایند.	دستورالعمل پذیرش بیماران در اتاق عمل طبق موارد حداقلی اعلام شده در راهنمای اعتباربخشی ملی تحت این سنجه تنظیم و موجود باشد. پذیرش بیماران در اتاق عمل فرآیندی مهم از زمان تصمیم گیری برای جراحی تا ورود بیمار به اتاق عمل است. توجه به ویژگی های انواع بیماران عادی، پرخطر، اورژانس ، آسیب پذیر(کودک ، سالمند)، عفونی و سایر موارد در دستورالعمل موجب یکپارچه سازی عملکرد اتاق عمل در مواجهه با بیماران کاندید جراحی می شود. کسب اطمینان از آمادگی بیمار و آمادگی اتاق عمل قبل از ورود بیمار از منظر حقوق گیرنده خدمت و ایمنی بیمار اهمیت ویژه ای دارد. در خصوص اخذ رضایت آگاهانه از بیمار باید توجه نمود که در صورتی که در پذیرش از بیمار امضا و اثر انگشت گرفته شده باشد، رضایت از بیمار زیر سوال است. در پرونده بیمار هر دو مورد فرم پذیرش / برگه رضایت آگاهانه(برائت نامه و رضایت آگاهانه) بعنوان مستندات این سنجه مورد بررسی قرار خواهد گرفت.
۷۲	ب. ۱.۴. سنجه شماره ۷	بیمار توسط پرستار بخش به مسئول پذیرش اتاق عمل تحویل داده میشود.	رعایت دستورالعمل " نحوه جابجایی درون بخشی و بین بخشی بیماران " و طبق " راهنمای برقراری ارتباط صحیح کارکنان خدمات سلامت در حین تحویل بیمار " ابلاغی وزارت بهداشت در اجرای این سنجه مورد توجه باشد. توجه گردد در هر نوبت کاری یک نفر از کارکنان بالینی(پرستار، هوشبری یا اتاق عمل) وظیفه پذیرش بیماران را به عهده داشته باشد. به طور کلی همراهی پرستار مسئول، جا به جایی بیمار بوسیله ویلچر یا برانکاره، کنترل مشخصات شناسایی شامل دستبندرد بدو ورود، و جود تجهیزات مانیتورینگ و تجهیزات کمکی تنفسی (اکسیژن ، آمیوبگ) در صورت ثابت نبودن علائم حیاتی یا مشکلات زمینه ای بیمار، رعایت حریم خصوصی و پوشش مناسب بیمار در حین انتقال بیمار و همراهی بیماربر همگن جهت جابجایی بیماران بدحال، کم توان و سطح هوشیاری پایین ، علاوه بر مفاد دستورالعمل، در هنگام تحویل و تحویل بیمار مورد توجه قرار گیرد.
۷۳	ب. ۲.۴. سنجه شماره ۱	دستورالعمل " نحوه نظافت، شستشو و گندزدایی اختصاصی محیط های اتاق های عمل " با حداقلهای مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.	سرپرستار اتاق عمل و خدمه اتاق عمل بعنوان مصاحبه شونده کلی در این سنجه اند. وجود دستورالعمل مذکور همراه با برنامه شستشوی هفتگی و در موارد ضروری بعد از اعمال جراحی عفونی بعنوان مستندات این سنجه مورد توجه اند.
۷۴	ب. ۲.۴. سنجه شماره ۲	روش اجرایی " استریل فوری اقلام خاص " تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل مینمایند.	در صورت وجود اقلام تک پیچ در اتاق عمل به تعداد کافی امتیاز این سنجه کامل محسوب می گردد. توصیه شماره ۱.۱. توکلاو مورد استفاده باید قادر به استریل کردن اقلام مورد نظر در مدت زمان حداکثر ۷۱ دقیقه باشد. توصیه شماره ۲. در صورت استفاده از وسایل تک پیچ در اتاق عمل لیست وسایل و ابزار جراحی با قابلیت استفاده مجدد به صورت تک پیچ بر اساس رشته های جراحی بیمارستان و آمار مراجعین پیش بینی شود.
۷۵	ب. ۴.۴. سنجه شماره ۱	دستورالعمل ابلاغی جراحی ایمن " برای اعمال جراحی در اتاق عمل رعایت شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند.	تکمیل کتبی و بایگانی چک لیست جراحی ایمن در پرونده بیماران تحت عمل جراحی فقط به صورت صوری و جهت مستند سازی، از روند ارزیابی اعتباربخشی حذف شده است. با توجه به این که (اجرای چک لیست جراحی ایمن) در استانداردهای جدید بیمارستان های دوستدار ایمنی بیمار جزء استانداردهای الزامی می باشد ، گرچه وجود چک لیست تکمیل شده جراحی ایمن در پرونده ها ، در اعتبار بخشی امسال ضمن اعتباربخشی ضروری نیست .به منظور شفاف سازی ، روش ارزیابی نحوه اجرای چک لیست جراحی ایمن به روش ذیل تصریح می شود : ضمن حضور ارزیاب در اتاق عمل نحوه، اجرای چک لیست جراحی ایمن مشاهده و ارزیابی می شود. وجود حداقل یک چک لیست جهت یاد آوری گام ها و تطبیق نحوه اجرا با آن در اتاق عمل ضرورت دارد.
۷۶	ب. ۴.۴. سنجه شماره ۳	بیمار در بدو ورود به بخش اتاق عمل، توسط یک پرستار یا کاردان/کارشناس اتاق عمل یا هوشبری، پذیرش و وضعیت بیمار در فرم مراقبت قبل از عمل جراحی، ثبت میشود.	طبق توضیحات ارائه شده در راهنمای ارزیابی اعتباربخشی ملی (بر اساس چک لیست جراحی ایمن)
۷۷	ب. ۴.۴. سنجه شماره ۵	مانتورینگ قلبی و پایش میزان اکسیژن خون انجام و نتایج توسط پزشک متخصص بیهوشی در برگ بیهوشی به طور خوانا ثبت میشود.	

ردیف	شماره سنجه و استاندارد	عنوان سنجه	نکات آموزشی و قابل انتظار جهت تحقق سنجه های الزامی و اساسی ایمنی بیمار در اعتباربخشی ملی
مراقبت های جراحی و بیهوشی:			
۷۸	ب. ۴.۴. سنجه شماره ۶	علائم حیاتی کنترل و نتایج توسط پزشک متخصص بیهوشی در برگه بیهوشی به طور خوانا ثبت میشود.	طبق توضیحات ارائه شده در راهنمای ارزیابی اعتباربخشی ملی (بر اساس چک لیست جراحی ایمن)
۷۹	ب. ۴.۴. سنجه شماره ۷	پزشک جراح، شرح عمل، اقدامات و سایر مشاهدات را در برگ گزارش عمل جراحی؛ به طور خوانا ثبت، مهر و امضاء مینماید.	طبق توضیحات ارائه شده در راهنمای ارزیابی اعتباربخشی ملی (بر اساس چک لیست جراحی ایمن)
۸۰	ب. ۴.۴. سنجه شماره ۸	متخصص بیهوشی تا زمان حضور بیمار در ریکاوری در اتاق عمل حضور دارد و دستور ترخیص بیمار را از ریکاوری صادر میکند.	
۸۱	ب. ۴.۴. سنجه شماره ۹	بیماران با شرایط ایمن از اتاق عمل ترخیص و به بخشهای مرتبط منتقل می شوند.	طبق توضیحات ارائه شده در راهنمای ارزیابی اعتباربخشی ملی (بر اساس چک لیست جراحی ایمن)
۸۲	ب. ۵.۴. سنجه شماره ۱	خط مشی و روش اجرایی "رعایت الزامات ایمنی بیماران در اقدامات تهاجمی خارج از حیطه اتاق عمل" مانند اتاق زایمان، جراحی های سرپایی و اسکوبی ها و سایر موارد تدوین شده و کارکنان مربوطه از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می نمایند.	طبق توضیحات ارائه شده در راهنمای ارزیابی اعتباربخشی ملی (بر اساس چک لیست جراحی ایمن)
۸۳	ب. ۶.۴. سنجه شماره ۲	قبل از القای بیهوشی به هر بیمار، تکنسین/کاردان/کارشناس؛ هوشبری/اتاق عمل موارد مندرج در استاندارد را بررسی و توسط متخصص بیهوشی مراتب بررسی مجدد و تأیید میشود.	ارزیابی تجهیزات، دستگاه بیهوشی و اتصالات و گازهای طبی پیش از القای بیهوشی توسط تکنسین/کاردان/کارشناس؛ هوشبری/اتاق عمل برای هر بیمار نیازی به فرم و چک لیست ندارد و تأیید آن با صدای رسا و در حضور سایر کارکنان اعلام و متخصص بیهوشی نیز با صدای رسا و قبل از القای بیهوشی و در حضور تیم بیهوشی و جراحی تأیید مینماید
مراقبت های مادر و نوزاد:			
۸۴	ب. ۱.۵. سنجه شماره ۲	در محدوده زمانی از ابتدای بارداری تا ۴۲ روز پس از زایمان در صورت مراجعه اورژانس /غیر اورژانس به بیمارستان براساس بخشنامه ابلاغی وزارت بهداشت اولین ارزیابی توسط پزشک متخصص زنان /اما انجام میشود.	طبق توضیحات ارائه شده در راهنمای ارزیابی اعتباربخشی ملی
۸۵	ب. ۳.۵. سنجه شماره ۱	مراقبتهای معمول از مادران باردار بر اساس دستورالعملهای ابلاغی وزارت بهداشت انجام میشود.	طبق توضیحات ارائه شده در راهنمای ارزیابی اعتباربخشی ملی
۸۶	ب. ۳.۵. سنجه شماره ۲	خط مشی و روش " مدیریت مادران پرخطر در بلوک زایمان " بر اساس راهنمای کشوری خدمات مامایی و زایمان تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و بر اساس آن عمل می نمایند.	خط مشی مذکور با شناسایی و مشارکت صاحبان فرآیند توسط رئیس بخش زایمان و مامای مسئول بخش تنظیم گردد. در صورتی که اولین ارزیابی نشان دهد که مادر باردار در گروه پرخطر (فهرست مادران پرخطر توسط وزارت بهداشت ابلاغ گردیده است) قرار دارد هم زمان با انجام اقدامات درمانی ضروری، فوراً "پزشک متخصص زنان و زایمان /دستیار ارشد در مراکز آموزشی در بالین مادر حاضر شود و در صورت نیاز به معاینات یا مشاوره های تخصصی دیگر، این مهم نیز توسط پزشک متخصص /دستیار ارشد در مراکز آموزشی انجام شود.
۸۷	ب. ۳.۵. سنجه شماره ۳	آمپول روگام در لیست داروهای ضروری پیش بینی شده و چگونگی تهیه آن در مهلت زمانی مقرر براساس راهنمای کشوری خدمات مامایی و زایمان تعیین شده و بر اساس آن اقدام می نمایند.	اگر آمار مادران باردار به نحوی است که ضرورتی برای وجود آمپول روگام در بخش نباشد و طی فرایندی از سایر مراکز این آمپول تهیه شود بایستی تمامی کارکنان از این فرآیند آگاهی داشته و در زمان مقرر(حداکثر تا ۷۲ ساعت پس از زایمان) تهیه و تزریق شود.
۸۸	ب. ۳.۵. سنجه شماره ۴	پایش مادر تا ۲ ساعت پس از زایمان براساس دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت انجام میشود.	طبق توضیحات ارائه شده در راهنمای ارزیابی اعتباربخشی ملی

ردیف	شماره سنجه و استاندارد	عنوان سنجه	نکات آموزشی و قابل انتظار جهت تحقق سنجه های الزامی و اساسی ایمنی بیمار در اعتباربخشی ملی
مراقبت های مادر و نوزاد :			
۸۹	ب. ۳. ۵ سنجه شماره ۵	"مدیریت درد مادران باردار" براساس راهنمای کشوری خدمات مامائی و زایمان انجام میشود.	توضیحات لازم به مادر درخصوص محاسن و معایب روش های دارویی بی دردی و غیر دارویی کم دردی توسط ماما / پزشک ارائه و به انتخاب مادر یکی از روش ها، بکارگیری میشود.
۹۰	ب. ۵. ۵ سنجه شماره ۱	شناسایی صحیح نوزاد در هنگام تولد، براساس الزامات ابلاغی وزارت بهداشت، انجام میشود.	نوزادان در اسرع وقت بعد از تولد نوزاد وقیل از ترک بلوک زایمان برای نوزاد دودستبند تهیه کرده وبعد از چک مجدد با مشخصات مادر به مچ پاهای وی بندید. نوشتن موارد ذیل بر روی دستبند شناسایی نوزاد الزامی است: نام ونام خانوادگی مادر (نام پدر در مورد اسامی مشابه) - جنسیت نوزاد - تاریخ تولد نوزاد به روز، ماه و سال - ساعت تولد- شماره پرونده مادر (در صورتی که نوزاد دو قلو و یا سه قلو است بر روی دستبند شناسایی قید شود) ❑ در خصوص شناسه های نوزادان پذیرش شده از منزل که فاقد شناسنامه می باشند ، روش اجرایی طبق اجماع نظر بیمارستان می باشد. ❑ در ارتباط با دستبند شناسایی بیماران بستری در بخش روان ، به پیشنهاد اعتباربخشی الصاق عکس بیمار بستری در پرونده و کاردکس دستورات دارویی و مراقبتی بیمار می تواند مورد استفاده قرار گیرد. ❑ در مورد بیماران واحد همودیالیز صدور دستبند شناسایی در هر مورد پذیرش ضروری نیست و می توان دستبند را ضد عفونی و در پرونده برای استفاده مجدد همان بیمار حفظ نمود
۹۱	ب. ۵. ۵ سنجه شماره ۴	در هر زایمان حداقل یک نفر کارشناس مامایی دارای گواهی احیای پایه نوزاد از بخش زایمان به عنوان مسئول انحصاری نوزاد حضور دارد.	کارشناس مراقب نوزاد در اتاق عمل ترجیحا ماما باشد. مامای مراقبت نوزاد در هر زایمان و در اتاق عمل دارای گواهینامه آموزشی احیاء پایه ی نوزاد باشد. یک ماما به عنوان مسئول انحصاری نوزاد علاوه بر عامل زایمان در اتاق عمل حضور داشته باشد.
۹۲	ب. ۵. ۵ سنجه شماره ۵	روش اجرایی "حفظ امنیت و ایمنی نوزاد" براساس بسته خدمتی مراقبت از نوزاد سالم در بیمارستان تدوین شده، و کارکنان مربوطه از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل مینمایند.	طبق توضیحات ارائه شده در راهنمای ارزیابی اعتباربخشی ملی. چک لیست تولد ایمن نوزاد مورد توجه باشد
حقوق گیرنده خدمت :			
۹۳	ح. ۵. ۱ سنجه شماره ۱	پزشکان معالج پیش از اخذ رضایت از بیمار، اطلاعات لازم در زمینه علت بیماری و روش درمانی در نظر گرفته شده، خطرات و عوارض احتمالی، سیر بیماری، محاسن، روشهای جایگزین ممکن و پیش آگهی را به زبان ساده و قابل درک، در اختیار بیمار/ولی قانونی وی، با رعایت مدت زمانی که امکان انتخاب و تصمیم گیری آزادانه برای ایشان فراهم باشد، قرار میدهند.	طبق توضیحات ارائه شده در راهنمای ارزیابی اعتباربخشی ملی
۹۴	ح. ۵. ۱ سنجه شماره ۲	در اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی و نیمه تهاجمی و موارد شوک درمانی، پرتو درمانی، پرتو تشخیصی، شیمی درمانی، آنژیوگرافی، بیپوشی و آرام بخشی متوسط تا عمیق و استفاده از خون و فرآوردههای خونی در خصوص محاسن، مخاطرات، عوارض احتمالی، روش درمانی پیشنهادی پزشک و سایر موارد درمانی جایگزین، توسط پزشکان و انجام دهندگان پروسیجرها توضیحات و آموزشهای لازم داده میشود. در بیماران همو دیالیزی، دیالیز صفاقی، پلاسما فروز، شیمی درمانی بایستی مطابق دستورالعمل ۷۸ رضایت آگاهانه اخذ شود. اما در موارد اورژانس (اختلالات هوشیاری، و شرایط تهدید کننده ۲۱۱ / ۲ / د مورخ / ۲۹ ابلاغی به شماره ۱۲۵۲۶ حیات بیمار) نیاز به اخذ رضایت آگاهانه قبل از اقدام مداخلات درمانی حیات بخش نیست. لازم بذکر است که نامه اعلام پروسیجرهای تهاجمی به اشتباه ضمیمه مکاتبه اعلام موقعیت های انجام اسکراب دست فرستاده شده است	اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی و نیمه تهاجمی اعمالی است که مستلزم ایجاد شکاف روی پوست، یا تعبیهی دستگاه یا وسیله یا مواد خارجی در داخل بدن میباشد. به بیماران تحت درمان های تشخیصی /درمانی و تهاجمی قبل از انجام مداخلات جراحی، اسکوپیی، شوک درمانی، پرتو درمانی، پرتو تشخیصی، شیمی درمانی، آنژیوگرافی، بیپوشی و آرام بخشی متوسط تا عمیق و استفاده از خون و فرآوردههای خونی در خصوص محاسن، مخاطرات، عوارض احتمالی، روش درمانی پیشنهادی پزشک و سایر موارد درمانی جایگزین، توسط پزشکان و انجام دهندگان پروسیجرها توضیحات و آموزشهای لازم داده میشود. در بیماران همو دیالیزی، دیالیز صفاقی، پلاسما فروز، شیمی درمانی بایستی مطابق دستورالعمل ۷۸ رضایت آگاهانه اخذ شود. اما در موارد اورژانس (اختلالات هوشیاری، و شرایط تهدید کننده ۲۱۱ / ۲ / د مورخ / ۲۹ ابلاغی به شماره ۱۲۵۲۶ حیات بیمار) نیاز به اخذ رضایت آگاهانه قبل از اقدام مداخلات درمانی حیات بخش نیست. لازم بذکر است که نامه اعلام پروسیجرهای تهاجمی به اشتباه ضمیمه مکاتبه اعلام موقعیت های انجام اسکراب دست فرستاده شده است

مدیریت دارویی :			
داروهای حیاتی /نجات بخش، داروهایی هستند که به صورت بالقوه اثر حفظ جان و زندگی انسان ها را داشته و بایستی در تمامی مراکز ارائه کننده خدمات سلامت موجود باشند. داروهای حیاتی/ نجات بخش شامل آنتی دوت ها و تمامی داروهای ترالی اورژانس و سایر داروهایی است که ممکن است به منظور درمان بیماری های بالقوه کشنده، به عنوان مثال آنژیوادم موروثی، بکار روند.	کمیته دارو درمان با محوریت مدیریت دارویی، فهرست داروهای حیاتی را تدوین، و در فارماکوپه بیمارستان لحاظ نموده است و حداقل سالی یکبار این فهرست به روز رسانی میشود.	د. ۱۰۱ سنجه شماره ۳	۹۵
طبق توضیحات ارائه شده در راهنمای ارزیابی اعتباربخشی ملی	داروهای حیاتی براساس فهرست تدوین شده در فارماکوپه، در بخشهای تشخیصی و درمانی وجود دارند و در دسترس میباشند.	د. ۱۰۱ سنجه شماره ۴	۹۶
طبق توضیحات ارائه شده در راهنمای ارزیابی اعتباربخشی ملی	روش اجرایی " نحوه فعالیت داروخانه بیمارستان در ساعات شبانه روز " با حداقلهای مورد انتظار تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل مینمایند.	د. ۱۰۱ سنجه شماره ۵	۹۷
<p>۱. در تمامی انبارهای دارویی(بخش ، انبار مرکزی بیمارستان و داروخانه)بیمارستان، ظروف نگهداری داروهای با اسامی و اشکال مشابه را با برچسب زرد رنگ نشان گذاری نمایید .حین برچسب گذاری دقت نمایید که بر روی ظروف نگهدارنده برچسب صحیح زده می شود و بدین منظور از چک مستقل دوگانه استفاده نمایید .و آن را به صورت دوره ای به روز نمایید</p> <p>۲. از سازمان دهی و نظم تمامی انبارهای دارویی(بخش ، انبار مرکزی بیمارستان و داروخانه)اطمینان حاصل کنید.</p> <p>۳. تفکیک فیزیکی داروها با اسامی و اشکال مشابه LASALASA LASA در تمامی انبارهای دارویی(بخش ، انبار مرکزی بیمارستان و داروخانه.)</p> <p>a.تفکیک فیزیکی برخی از داروها نظیر قرص هایی که به لحاظ ظاهری مشابه اند (برای مثال از نظر : رنگ و شکل)، از یکدیگر.</p> <p>b.الصاق برچسب قرمز رنگ و نام دارو (با فونت حداقل 48 که از دور قابل خواندن باشد)، بر روی ظروف نگهداری داروهای با هشدار بالا در انبار داروخانه.</p> <p>c.اشکال مختلف آماده یا دوزهای متفاوت از یک دارو با اسامی و یا بسته بندی مشابه را به لحاظ فیزیکی از هم تفکیک کرده نام و دوز دارو را (با فونت حداقل 48 که از دور قابل خواندن باشد) ، بر روی آن نصب کنید.</p> <p>d.الکترولیت های با غلظت بالا را به لحاظ فیزیکی از هم تفکیک کرده نام و دوز دارو را (با فونت حداقل 48 که از دور قابل خواندن باشد) ، بر روی آن نصب کنید.</p> <p>e. KCL را در تمامی انبارهای دارویی(بخش ، انبار مرکزی بیمارستان و داروخانه)و ترالی اورژانس به لحاظ فیزیکی از سایر داروها و الکترولیت های با غلظت بالا تفکیک کرده و در سبد های قرمز متناسب نگهداری نموده نام و دوز دارو را (با فونت حداقل 48 که از دور قابل خواندن باشد) ، بر روی آن نصب کنید.</p>	دستورالعمل "انبارش ایمن داروها " با محوریت مسئول فنی داروخانه تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل مینمایند.	د. ۲۰۱ سنجه شماره ۱	۹۸
طبق توضیحات ارائه شده در راهنمای ارزیابی اعتباربخشی ملی	روش اجرایی " استفاده از ملزومات و تجهیزات پزشکی صرفاً یکبار مصرف " با مشارکت مدیریت دارویی و مسئول/سرپرستار کنترل عفونت منطبق با دستورالعملهای وزارت بهداشت تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل میشود.	د. ۵۰۱ سنجه شماره ۱	۹۹
اصول استفاده از انواع داروهای Multiple dose بر اساس الزامات کارخانه سازنده و حداقل شامل نحوه آمادسازی، مدت زمان مطلوب نگهداری، روشهای جلوگیری از آلودگی و نحوه امحای آنها باشد. تا جاییکه امکان دارد داروهای مولتی دوز جداگانه برای بیمار استفاده شود. این داروها لیبل بخورد، در یخچال نگهداری شود، تاریخ اقصاء داشته باشد، به طرز صحیح باز شود، اگر محتوی دارو، آنتی میکروبیال می باشد، ۲۴ ساعت حداکثر زمان مصرف است. نکات قابل توجه در تزریقات ایمن :	دستورالعمل " اصول استفاده از انواع داروهای " Multiple dose براساس الزامات کارخانه سازنده تدوین و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل مینمایند.	د. ۵۰۱ سنجه شماره ۲	۱۰۰
<ul style="list-style-type: none"> • به منظور کاهش احتمال آلودگی متقاطع بین بیماران ، حتی المقذور از ویال های تک دوزی برای هر بیمار استفاده نمایید • استفاده از ویال های چند دوزی تنها در زمانی توصیه می شود که راه حل منحصر به فردباشد. • به صورت هم زمان دو یا چند ویال دارویی را در بالین بیماران باز نکنید. 			

	<ul style="list-style-type: none"> • در صورت امکان یک ویال چند دوزی را به هر بیمار اختصاص داده و بعد از چسباندن برچسب نام بیمار و تاریخ باز نمودن ویال بر روی آن مطابق با توصیه کارخانه سازنده آن را در شرایط و محل توصیه شده نگهداری نمایید. • ویال های چند دوزی را در فضای باز بخش به دلیل احتمال آلودگی با اسپری ها و ترشحات محیطی قرار ندهید. • ویال های چند دوزی را در موارد ذیل مطابق با دستورالعمل دفع بهداشتی پسماندهای بیمارستانی دفع نمایید: <ul style="list-style-type: none"> ✓ در صورتی که استرility و یا محتوی ویال خراب شده است. ✓ در صورتی که تاریخ انقضاء دارو گذشته است (حتی در صورتی که دارو دارای مواد محافظ آنتی میکروبیال باشد.) ✓ در صورتی که دارو بعد از باز شدن به طرز مناسبی نگهداری و انبار نشده باشد. ✓ در صورتی که دارو دارای مواد محافظ آنتی میکروبیال نباشد، 24 ساعت بعد از باز کردن ویال دارویی و یا پس از انقضاء زمان توصیه شده توسط کارخانه سازنده. ✓ صرف نظر از تاریخ انقضاء دارو، در صورتی که دارو به طرز مناسبی انبار نشده، سهواً آلوده شده و یا بر روی آن تاریخ تولید درج نشده باشد.
<p>۱۰۱</p> <p>د. ۵.۱ سنجه شماره ۳</p>	<p>طبق توضیحات ارائه شده در راهنمای ارزیابی اعتباربخشی ملی و ، طبق توضیحات ارائه شده در د. ۲.۱ سنجه شماره ۱</p>
<p>۱۰۲</p> <p>د. ۹.۱ سنجه شماره ۱</p>	<p>روش اجرایی "مدیریت خطاهای دارویی" تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل مینمایند.</p>
<p>۱۰۳</p> <p>د. ۹.۱ سنجه شماره ۲</p>	<p>با محوریت کمیته دارو درمان، داروهای مشابه (دارای تشابه اسمی، تشابه ظاهری و تشابه تلفظی) مورد استفاده در بیمارستان شناسایی، فهرست آنها تدوین، به بخشها اعلام و به روز رسانی میشود</p>
<p>۱۰۴</p> <p>د. ۹.۱ سنجه شماره ۳</p>	<p>کمیته دارو درمان، با محوریت مدیر دارویی /مسئول فنی بر روند خطاهای دارویی و عوارض جانبی نظارت مینماید و ضمن شناسایی موارد و اولویتبندی گزارشهای واصله اقدامات پیشگیرانه / اصلاحی تدوین و اجرا مینماید.</p>
مدیریت تجهیزات پزشکی :	
<p>۱۰۵</p> <p>د. ۱.۲ سنجه شماره ۴</p>	<p>برنامه بایستی حداقل شامل موارد ذیل باشد:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ فهرست تجهیزات پزشکی منتخب که کاربران نیاز به آموزش دارند مشخص باشد آن بایستی آموزش ببینند. ○ نحوه، مسئول، مکان و مدت آموزش مشخص باشد. ○ تعیین مخاطبین آموزش برای هر یک از تجهیزات پزشکی منتخب مشخص باشد. <p>توصیه می شود آموزش از طریق کارشناس ستادی /بیمارستان /نمایندگی رسمی دستگاه صورت بپذیرد و فیلم آموزشی تهیه شود و فیلمهای آموزشی در سامانه بیمارستان بارگذاری شود</p>
<p>۱۰۶</p> <p>د. ۱.۲ سنجه شماره ۷</p>	<p>روش اجرایی " سرویس، مدیریت سرویسها و بازدهیهای دورهای) (pm تجهیزات پزشکی" تدوین و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل مینمایند.</p>

ردیف	شماره سنجه و استاندارد	عنوان سنجه	نکات آموزشی و قابل انتظار جهت تحقق سنجه های الزامی و اساسی ایمنی بیمار در اعتباربخشی ملی
آزمایشگاه :			
۱۰۷	سنجه شماره ۱۰۱ و ۳	برچسب بر روی ظروف حاوی نمونه دارای حداقل شامل: دو نشانه برای شناسایی و تعیین هویت بیمار، تاریخ و زمان دقیق نمونه گیری، بخش و شماره تخت و نوع یا گروه آزمایش در مورد بیمار بستری میباشد.	تعیین هویت بیمار حداقل با دو کد شناسایی روی ظروف حاوی نمونه بیماران بستری، طبق دستورالعمل شناسایی صحیح هویت بیمار به انجام رسد. زمان دقیق نمونه گیری روی ظروف حاوی نمونه بیماران بستری شامل تاریخ، ساعت و دقیقه نمونه برداری می باشد. قید نام نمونه گیر صرفاً برای نمونه های ارسالی به بانک خون جهت تعیین گروه و کراسماچ الزامی است. در صورت ذکر حداقل دو شناسه و سایر اطلاعات تعیین شده در استاندارد، ذکر شماره تخت الزامی نیست. توصیه می شود دستورالعمل نحوه و الزامات برچسب گذاری نمونه ها توسط مسئول فنی با مشارکت سوپروایزر و کارکنان مرتبط تدوین شود و به صورت مکاتبه رسمی به بخشهای بالینی اطلاع رسانی شود
۱۰۸	سنجه شماره ۱ و ۶۰۱	دامنه یا مقادیر بحرانی آزمایشها براساس اجماع نظر متخصصین رشته های تخصصی بیمارستان شناسایی و در معرض دید کارکنان نصب شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند	طبق توضیحات ارائه شده در راهنمای ارزیابی اعتباربخشی ملی و مطابق توضیحات ارائه شده در الف. ۸.۸ سنجه شماره ۱
۱۰۹	سنجه شماره ۲ و ۶۰۱	کارکنان آزمایشگاه قبل از کنترل مجدد نتایج بحرانی، با استفاده از خطوط تلفن یکطرفه اقدام به اعلام اضطراری نتیجه به بخش مینمایند.	توصیه می شود دستورالعمل گزارش آنی نتایج بحرانی بیماران توسط مسئول فنی که حداقل شامل، نحوه برخورد با مقادیر بحرانی مانند استفاده از خطوط تلفن یکطرفه جهت اطلاع رسانی آنی به بخش، تعیین فرد، افراد مشخص در آزمایشگاه که میتواند نتیجه را اطلاع رسانی کنند، نحوه تکرار آزمایش، نحوه ثبت آن در بخش و اطلاع رسانی نتیجه تکرار آزمایش تدوین گردد.
مدیریت پسماند :			
۱۱۰	سنجه شماره ۲ و ۵۰۲	بیمارستان دارای دستگاه بی خطر ساز فعال و براساس دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت است و اظهار نامه بی خطر سازی پسماندهای عفونی و تیز و برنده تکمیل می شود.	دستگاه فعال بی خطر ساز پسماند دارای مجوز معتبر از سازمان غذا و دارو در بیمارستان وجود داشته باشد. واحد بهداشت محیط از دستورالعمل اظهارنامه بی خطرسازی پسماند های عفونی و تیز و برنده، دستورالعمل ارزیابی عملکرد فیزیکی، شیمیایی و بیولوژیکی دستگاه بی خطر ساز و دستورالعمل نحوه تهیه و انتخاب دستگاههای بی خطر ساز پسماند اطلاع داشته باشد.
استریلیزاسیون :			
۱۱۱	سنجه شماره ۸ و ۱۰۳	ثبت شماره کد مخصوص هر استریل کننده، نتایج انجام آزمونهای روزانه، نتایج آزمون های اسپور، نمودار یا پرینت دستگاه که مدت زمان مواجهه و درجه حرارت را مشخص نموده باشد، نام مسئول هر مرحله بارگذاری، هر نوع اقدام و خدمات نگهداری از جمله نگهداری پیشگیرانه و آزمونهای کالیبراسیون برای هر دستگاه استریل کننده، موجود است و حداقل برای یک سال نگهداری میشود.	بایستی مستندات هر دستگاه استریل کننده به صورت متمرکز در بخش وجود داشته و حداقل شامل موارد ذیل باشد: ✓ شماره کد مخصوص هر اتوکلاو ✓ نتایج آزمون اسپور ✓ نمودار یا پرینت دستگاه که زمان مواجهه و درجه حرارت را ثبت کرده باشد. ✓ نام مسئول هر بار بارگذاری ✓ هر نوع اقدام و خدمات پیشگیرانه (pm) و آزمون های کالیبراسیون
۱۱۲	سنجه شماره ۴ و ۳۰۳	دستورالعمل "گندزدایی ابزارهای جراحی با قابلیت استفاده مجدد" تدوین شده و کارکنان مرتبط از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل مینمایند.	وسایل با قابلیت استفاده مجدد به معنای وسایل و ابزاری است که در واحد استریلیزاسیون مرکزی استریل می شوند.

ردیف	شماره سنجه و استاندارد	عنوان سنجه	نکات آموزشی و قابل انتظار جهت تحقق سنجه های الزامی و اساسی ایمنی بیمار در اعتباربخشی ملی
پیشگیری و کنترل عفونت :			
۱۱۳	۱.۶.۵ سنجه شماره ۱	خط مشی و روش " ارزش گذاری و فرهنگ سازی رعایت اصول بهداشت دست در بین پزشکان/ پرستاران و سایر کارکنان بالینی " با حداقلهای مورد انتظار تدوین و کارکنان از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل میشود.	نصب به استقرار و تقویت فرهنگ سازی رعایت اصول بهداشت دست در بین کارکنان از طریق ارائه آموزشها به کارکنان، بیماران و مراجعین و استفاده مؤثر از ابزارهای رسانه ای (پوستر، پمفلت آموزشی، فیلم و..... اقدام گردد. جهت کسب اطمینان از ارزش گذاری بهداشت دست در محیط بیمارستان، از طریق ترویج رفتارهای اثربخش توسط افراد مؤثر و الگو در بین کارکنان اقدام گردد.
۱۱۴	۱.۶.۵ سنجه شماره ۲	بخشنامه ابلاغی وزارت بهداشت در خصوص بهداشت دستها توسط کارکنان مرتبط رعایت میشود.	اصول بهداشت دست توسط کارکنان در موارد ذیل رعایت شود: ● شستن دستها با آب و صابون ● ضدعفونی کردن دستها ● آماده سازی دستها برای اعمال جراحی (تهاجمی و نیمه تهاجمی)
۱۱۵	۱.۶.۵ سنجه شماره ۳	براساس چک لیست، میزان رعایت و پذیرش بهداشت دست در تمام بخشها/واحدهای درمانی ارزیابی میشود	<p>رابطین کنترل عفونت و سوپروایزر/پرستار کنترل عفونت مطابق با دستورالعمل " اندازه گیری میزان رعایت پذیرش بهداشت دست " وزارت بهداشت در خصوص نحوه ارزیابی میزان رعایت بهداشت دست، آموزش دیده و آگاهی دارند.</p> <p>در کمیته کنترل عفونت بر اساس رسالت هر بخش و تعداد تخت بیمارستان زمانبندی انجام ارزیابی ها مشخص شده است. بازه ارزیابی حداقل سالیانه و در مقطع چهار هفته ای میباشد. گزارش ارزیابی شامل میزان پذیرش براساس گروه های حرفه ای و اندیکاسیون های بهداشت دست ۵ (موقعیت) میباشد. نکته قابل توجه در اندازه گیری بهداشت، انتخاب حجم نمونه مناسب می باشد. چنانچه داده های کافی جمع آوری نشود، نتیجه حاصل از تحلیل داده ها غیر معتبر خواهد بود. مثالی برای اندازه گیری بهداشت دست :</p> <p>بعنوان مثال به ازای هر ۱۰۰ تخت بیمارستانی، باید ۵۶ مرتبه ۲۰ دقیقه ای اطلاعات جمع آوری گردد. در این حالت به طور میانگین ۲۰۰ فرصت hand hygiene را ایجاد می کند . توی این ۲۰۰ مورد، ممکن است چند مورد به شستشو منجر شده و چند مورد منجر نشود. بر این اساس می توان میزان رعایت کلی بهداشت دست را محاسبه کرد.</p> <p>۱۰۰ * تعداد فرصت های ایجاد شده /actionتعداد = Total compliance در مثال ارائه شده برابر است با ۲۰۰</p> <p>اما اگر خواستید بر اساس اندیکاسیون بدست آورید : می شود اندیکاسیون قبل از تماس، بعد از تماس، قبل از پروسیجر آسپتیک و میزان استفاده از مایع :</p> <p>با استفاده از میزان مصرف مایع، می توان Total compliance را بدست آورد. فرق آن این است که این میزان را در اندیکاسیون ها به شما نمی دهد. اگر یک بخش ۲۲ نفر پرسنل داشته باشد و تقریباً ۴۰-۶۰ درصد این آدم ها در تماس مستقیم با بیمار باشند، و در هر شیفت، در هر ساعت ۲۲ فرصت شستشوی دست ایجاد گردد داریم :</p> $\text{نفر} = 14 = (50\% - 40\%) * 22$ <p>ساعت یک در فرصت $308 = 14 * 22$</p> <p>اگر در هر شیفت پرسنل ۴ تا ۵ ساعت در تماس مستقیم با بیمار باشد داریم و در هر ساعت ۲۲ فرصت شستشوی دست ایجاد گردد و در هر بار شستشوی دست ۲ سی سی مایع مصرف شده و ۱۰ درصد پرت مایع داشته باشیم، داریم :</p> $\text{ساعت} = 5 \text{ در فرصت} = 1540 = 308 * 5$ <p>شیفت یک در سی سی $3080 = 1540 * 2$</p> <p>است لازم مایع شیفت هر در سی سی $308 = \text{شستشو مایع پرت} * 1. = 3080$</p> <p>۳۰۸ سی سی مایع در شیفت با فرض رعایت ۱۰۰ درصد بهداشت دست لازم است.</p> <p>اگر رعایت بهداشت دست در بخش ۲۰ درصد باشد : 308 را در ۰.۲ ضرب می کنیم = 616 سی سی مایع در شیفت</p> <p>اگر رعایت بهداشت دست در بخش ۴۰ درصد باشد : 308 را در ۰.۴ ضرب می کنیم = 1232 سی سی مایع در شیفت</p>

نکات آموزشی و قابل انتظار جهت تحقق سنجه های الزامی و اساسی ایمنی بیمار در اعتباربخشی ملی	عنوان سنجه	شماره سنجه و استاندارد	ردیف
پیشگیری و کنترل عفونت :			
لازم بذکر است که نامه اعلام پروسیجرهای تهاجمی به اشتباه ضمیمه مکاتبه اعلام موقعیت های انجام اسکراب دست فرستاده شده است.	اسکراب دست منطبق با آخرین دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت، جهت تمام اقدامات تهاجمی انجام میشود.	۱.۶.۰۵ سنجه شماره ۴	۱۱۶
طبق توضیحات ارائه شده در راهنمای ارزیابی اعتباربخشی ملی	روش اجرایی " پیشگیری و کنترل عفونتهای موضع جراحی یا محل نمونه برداری " تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل مینمایند.	۴.۶.۰۵ سنجه شماره ۱	۱۱۷
	روش اجرایی " پیشگیری از عفونت مجاری تنفسی که از طریق انتوباسیون، حمایت تنفسی با ونتیلاتور یا تراکئوستومی ایجاد میشود، " تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل مینمایند.	۴.۶.۰۵ سنجه شماره ۲	۱۱۸
	روش اجرایی " پیشگیری و کنترل عفونتهای کتترهای عروقی " تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل مینمایند.	۴.۶.۰۵ سنجه شماره ۳	۱۱۹
	روش اجرایی " پیشگیری و کنترل عفونتهای کتترهای ادراری " تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل مینمایند.	۴.۶.۰۵ سنجه شماره ۴	۱۲۰
	روش اجرایی " پیشگیری و کنترل عفونت اقدامات درمانی و اسکوبی ها " تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل مینمایند.	۵.۶.۰۵ سنجه شماره ۵	۱۲۱
	روش اجرایی " مصرف منطقی آنتی بیوتیکها " حداقل شامل پروتکل تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی قبل از اعمال جراحی، دستورالعملهای مصرف آنتی بیوتیک برای عفونتهای مهم و شایع مرکز درمانی و محدودیت مصرف آنتی بیوتیک با توجه به الگوی مقاومت میکروبی، تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و براساس آن عمل مینمایند.	۵.۶.۰۵ سنجه شماره ۶	۱۲۲
	روش اجرایی " حفاظت بیماران دچار نقص ایمنی " با حداقلهای مورد انتظار تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و بر اساس آن عمل مینمایند.	۵.۶.۰۵ سنجه شماره ۷	۱۲۳
	معیارهای " ایزولاسیون بیماران با بیماریهای واگیردار احتمالی " طبق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت رعایت میشود.	۵.۶.۰۵ سنجه شماره ۹	۱۲۴