

مدیریت فرآیندهای بیمارستان میلاد

بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی میلاد

Milad Hospital

Specialized and sub-Specialized



مدیریت طرح و برنامه؛ واحد بهبود کیفیت

با مشارکت مسئولین بخش ها و واحدها،

با تأیید تیم مدیریت اجرایی

زمستان ۹۷

فهرست

ت	تهیه کنندگان مدیریت فرآیندهای بیمارستان میلاد
ت	تدوین کنندگان فرآیندهای بیمارستان میلاد
ث	تأیید و تصویب کننده فرآیندهای بیمارستان میلاد
ث	ابلاغ کننده فرآیندهای بیمارستان میلاد
۱	مقدمه
۱	بخش اول: پیشگفتار
۱	الف) تعریف فرآیند
۱	ب) فلسفه (اهمیت و جایگاه)
۲	ج) ویژگی های فرآیند
۳	د) ساختار شناسنامه فرآیند
۵	ه) فرمت شناسنامه فرآیند
۸	و) مراحل تدوین فرآیندها
۸	ز) بازنگری و ویرایش فرآیند
۸	ح) پایش فرآیند
۹	بخش دوم: فهرست فرآیند و شاخص های پایش آنها
۱۰	فرآیند پذیرش تا خروج بیمار بستری
۱۷	فرآیند پذیرش تا خروج بیمار سرپایی
۱۹	فرآیند رضایت سنجی از گیرندگان خدمت
۲۱	فرآیند نحوه اعلام و بررسی شکایات/ انتقادات/ پیشنهادات
۲۳	فرآیند انجام RCA و تشکیل کمیته های مرگ و میر پیرو وقوع مرگ های غیر منتظره یا Never event
۲۶	فرآیند اصلاح و ارتقاء
۳۰	فرآیند تدوین/ بازنگری مستندات
۳۲	فرآیند تامین کالای سرمایه ای
۳۴	فرآیند تامین کالای مصرفی
۳۷	فرآیند جذب تا خروج نیروی انسانی
۴۰	فرآیند تعمیرات

تهیه کنندگان مدیریت فرآیندهای بیمارستان میلاد:

آقای دکتر مردانی رئیس درمانگاه ها	آقای دکتر قنبرآبادی رئیس بخش اورژانس	آقای دکتر درشتی قائم مقام معاونت درمان	آقای دکتر طاوسی مشاور مدیرعامل و مدیر طرح و برنامه
آقای دکتر میرزائی رئیس واحد تخصصی پزشکی رئیس بخش اورژانس دکتر فانی میرزایی	آقای دکتر شمسینانی رئیس کمیته اخلاق پزشکی	آقای دکتر بایرام زاده معاون مدیرعامل دکتر غفورعلی بایرام زاده مدیر امور مالی	آقای سلیمانزاده قائم مقام معاون اداری و مالی و مدیر امور مالی
آقای همتی مدیر پذیرش و مدارک پزشکی مشاور پذیرش و مدارک پزشکی	آقای رضاپور مدیر امور اداری	آقای جهانیان مدیر امور مالی	خانم روزبهی بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی میلاد مدیر بخش پرستاری و ماماها بخش مدیریت پرستاری و ماماها
آقای دکتر تراز رئیس بخش مدیریت دارویی ن ۱۴۱۸۹	آقای پورجعفری مدیر اجرایی فیزیوتراپی مدیر بخش فیزیوتراپی	آقای هاشمی بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی میلاد مدیر اجرایی آزمایشگاه مدیریت آزمایشگاه	آقای احمدی مدیر اجرایی تصویربرداری
آقای مهندس شجری کارشناس مسئول بهداشت محیط	آقای ارشادی فر بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی میلاد سوپر ویزیتار ارشادی فر کارشناس مسئول واحد تغذیه بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی میلاد	آقای کشتکار کارشناس هماینگ کننده کارشناس مسئول هماینگ کننده بیمار بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی میلاد	خانم دکتر طیبی کارشناس مسئول بهبود کیفیت کارشناس مسئول بهبود کیفیت بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی میلاد

تدوین کنندگان مدیریت فرآیندهای بیمارستان میلاد:

- خانم دکتر طیبی (کارشناس مسئول بهبود کیفیت)
- خانم چگینی (کارشناس بهبود کیفیت)
- خانم یونسی (کارشناس اقتصاد درمان)
- خانم پور مطهری (کارشناس هماینگی امور پژوهشی)

صفحه آرایی و طراحی جلد:

- خانم اریشی (اپراتور طرح و برنامه)

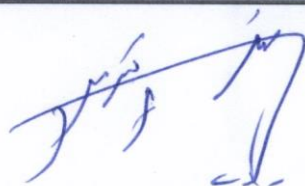
تأیید و تصویب کننده مدیریت فرآیندهای بیمارستان میلاد:

تیم مدیریت اجرایی

در راستای اجرای استاندارد الف ۳-۱، سنجه ۶۱، زیر محور بهبود کیفیت، فرآیندهای اصلی شناسایی شده با مشارکت مسئولان واحدها و بخشها در جلسه تیم مدیریت اجرایی مورخ ۹۷/۰۶/۱۴ توسط کارشناس مسئول بهبود کیفیت معرفی گردید و پس از بررسی به تصویب تیم مدیریت اجرایی رسید. مقرر گردید فرآیندهای اصلی مصوب به بخش ها/ واحدها ابلاغ گردد.

ابلاغ کننده مدیریت فرآیندهای بیمارستان میلاد:

جناب آقای دکتر فیاض؛ نائب رئیس هیات مدیره و مدیرعامل



کتاب حاضر با این هدف تهیه شده است که در مرحله اول مجموعه کاملی از فرآیندهای شناسایی شده در بیمارستان میلاد به همراه شناسنامه آنها در یک نسخه الکترونیکی در اختیار کارکنان بیمارستان قرار گیرد و در مرحله بعدی نقاط مشکل ساز فرآیند ها شناسایی و در جهت رفع آنها اقدام شود. برای دستیابی به این هدف با مشارکت صاحبان فرآیند نهایت کوشش بعمل آمده است تا مطالب مطروحه جامعیت کافی را داشته باشد تا در ادامه بتوان با همراهی آنها به مرور ساب فرآیندها را نیز شناسایی و به این مجموعه اضافه کرد.

بخش اول: پیشگفتار

الف) تعریف فرآیند:

فرآیند^۱ 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 می گیرد، شروع و خاتمه مشخص داشته، با تعریف ورودی ها و خروجی های آن و تعیین متولی و صاحبان فرآیند، ساختار شفاف برای عملکرد ارائه می نماید و به شکل افقی در سازمان جریان دارد.

انواع فرآیند:

فرآیندهای سازمانی در سه گروه فرآیندهای اصلی، پشتیبانی و مدیریتی قرار می گیرند.

- **فرآیندهای اصلی** فلسفه وجودی یک سازمان یا واحد را نشان داده، با مشتری اصلی در ارتباط بوده و ایجاد ارزش افزوده می کند. هر یک از گامهای فرآیندهای اصلی می تواند شامل یک یا چند فرآیند فرعی باشد.
- **فرآیندهای پشتیبانی** باعث اجرای اثربخش فرآیندهای اصلی می گردند.
- **فرآیندهای مدیریتی** مجموعه فرآیندهایی را گویند که در حیطه وظایف مدیریت ارشد سازمان می باشد.

ب) فلسفه (اهمیت و جایگاه):

فرآیند ها با در نظر گرفتن گامهای مورد نیاز برای انجام کار و ایجاد ارتباط زنجیره ای بین این گامها، سعی در یکنواخت کردن، ایجاد ثبات رویه، افزایش ارزش افزوده و مستند سازی می نمایند. با ایجاد ثبات رویه در انجام کارها، عادت دادن کارکنان به پیروی و دنبال کردن گامهای یکسان برای انجام یک کار، مستند سازی انجام کار و آموزش آن به افراد، تنوع سلیقه در انجام عملیات کاهش می یابد

¹ Processes

و بسیاری از مشکلات حل می‌شوند. در عین حال، ممکن است مسائلی نیز در انجام کارها وجود داشته باشد که علت و معلول آن کاملاً قابل تحلیل نباشد، ولی یکسان کردن روش انجام عملیات باعث کاهش مشکلات کیفیت می‌شود. این مشکلات معمولاً ناشی از تفاوت بین روش مورد استفاده و روش تعریف شده است. از طریق نظام مدیریت فرآیند می‌توان کارایی، سودآوری و کیفیت فرآیند ارائه خدمات را افزایش داد. نظام مدیریت فرآیند ترکیبی از فعالیت‌ها و قوانین است که هدف آنها دستیابی به هماهنگی و یک دستی ارائه خدمات به دست آمده از تکرارهای متوالی فرآیند بوده و اطمینان می‌دهد که همه خدمات به صورت یکسان و مشابه به گیرندگان خدمت ارائه می‌شود. از طرفی مدیریت فرآیندها، پایه بهتری را برای کنترل زمان و منابع حاصل می‌کند.

ج) ویژگی‌های فرآیند:

هدفمندی: وجود هدف یکی از ویژگی‌های کلیدی فرآیندها می‌باشد. هر فرآیند به منظور تحقق یک هدف و یا یک نتیجه در سازمان به انجام می‌رسد. در واقع این هدف را می‌توان به عنوان خروجی فرآیند در نظر گرفت.

شامل یک یا چند فعالیت می‌باشد: به منظور تحقق اهداف مدنظر از اجرای فرآیند، یک یا چند فعالیت که با ترتیب و نظم خاصی در کنار همدیگر قرار گرفته‌اند به انجام می‌رسند و در نهایت خروجی فرآیند را ایجاد می‌نمایند.

ورودی و خروجی: هر فرآیند تعدادی ورودی را در نقاط مختلف خود گرفته و پس از آن که در گام‌های مختلف خود تغییراتی را بر روی آن‌ها اعمال نموده، خروجی خود را که شامل محصول و یا خدمت می‌باشد ارائه خواهد نمود.

مرز: محدوده ای مفهومی یا عینی که هر فرآیند را از سایر فرایندها جدا می‌سازد.

خلق ارزش: ورودی‌ها در گام‌های مختلف فرآیند به حرکت درآمده و فعالیت‌های مختلفی بر روی آن‌ها اعمال می‌گردد. در هر یک از این گام‌ها تغییراتی را بر روی ورودی‌ها انجام داده و بر ارزش آن می‌افزایند که در نهایت در انتهای فرآیند ارزش موردنظر گیرنده خدمت خلق شده و به وی ارائه خواهد شد.

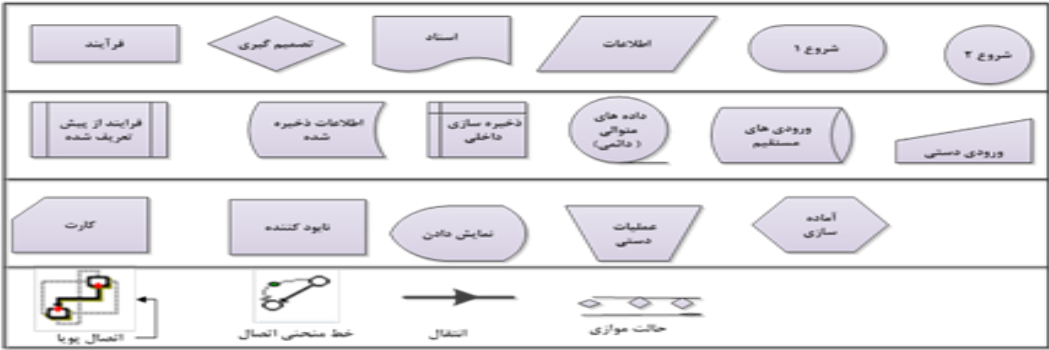
وجود منابع: جزئی از یک فرآیند که برای تحقق فرآیند مورد استفاده قرار می‌گیرد، تا ارزش مورد نظر در خروجی فرآیند ایجاد گردد.

تعامل با سایر فرآیندها: هر چند که فرآیندها دارای ورودی‌ها و خروجی‌ها و مرز می‌باشند، اما این فرآیندها می‌توانند با سایر فرآیندهای بیمارستان و یا فرآیندهای سایر سازمان‌ها در تعامل بوده و ورودی و خروجی خود را رد و بدل نمایند.

جامعیت: یکی از ویژگی‌های فرآیند حضور کامل آن‌ها در یک سازمان مشخص می‌باشد ولی این فرآیندها می‌توانند در واحدهای مختلف سازمان مورد نظر در حرکت بوده و همچنان با فرآیندهای سایر سازمان‌ها در تعامل باشد.

تکراری بودن: فرآیندها یکباره نبوده و بنا بر خروجی و ماهیت هر یک از آن‌ها به صورت متوالی تکرار می‌شوند.

د) ساختار شناسنامه فرآیند:

ردیف	اجزای فرآیند	توضیحات
۱	نام/لوگو بیمارستان	در بالای صفحه نوشته می شود.
۲	عنوان فرآیند	نامی است که فرآیند را با آن می شناسیم. بهتر است عنوان ساده و در بر گیرنده مفهوم باشد (طراحی محصول جدید/خرید اقلام تولیدی).
۳	کد فرآیند	بیمارستان می تواند با هر سیستم کدگذاری که انتخاب می کند، روش ها را دسته بندی و قابل شناسایی نماید. که این سیستم می تواند مجموعه ای از حروف و اعداد باشد. برای کدگذاری در تمامی فلوچارت ها باید از الگوی یکسان تبعیت نمود.
۴	ویرایش	شماره ویرایش فلوچارت درج می شود.
۵	صفحات	باید تعداد صفحات و شماره صفحه مورد نظر در همه صفحات قید شود. (مثلا صفحه ... از ...)
۵	فلوچارت	<p>برای تفسیر بهتر عملکرد یک فرآیند از نمودار جریان فرآیند (فلوچارت) استفاده می شود. فلوچارت نموداری است که توالی منطقی اقدامات دخیل در فرآیند یا فعالیت های پیچیده را نشان می دهد. از فلوچارت/ روندنما برای موارد مختلفی استفاده می شود از قبیل: مستندسازی فرآیند؛ (یعنی تصویرسازی گام به گام آن برای رسیدن به فهم مشترک از فرآیند) ممیزی فرآیند، نگاشت الگوریتم های کامپیوتری، استاندارد سازی، یا یافتن حوزه های نیازمند بهبود در فرآیند.</p> <p>طریقه رسم نمودار جریان فرآیند:</p> <p>برای ایجاد ادبیات مشترک بین افراد و فهم فلوچارت ترسیم شده از اشکال هندسی قراردادی استفاده می شود، که در ذیل در قسمت اشکال هندسی قراردادی فلوچارت نشان داده شده است.</p> 
۶	راهنمای فرآیند	<p>ورودی^۲ منابع انسانی و غیر انسانی لازم که برای عملکرد فرآیند ضروری هستند هرچیزی که برای انجام کار نیاز است و از جنس اطلاعات می باشد.</p> <p>خروجی^۳: نتیجه مستقیم فرآیند که واجد تغییرات مقدماتی در جهت تبدیل به یک تغییر نسبتا پایدار است.</p> <p>محدوده فرآیند^۴: حوزه هایی که قرار است پوشش داده شوند و حوزه هایی که قرار نیست پوشش داده شوند را مشخص می نماید. منظور از محدوده، بخش یا واحد مربوطه می باشد. در خصوص فرآیندهایی که در کل بیمارستان یا قسمت های خاصی مثلا بخش های ویژه موضوعیت دارد در مقابل این قسمت کل بیمارستان یا بخش های ویژه</p>

Input^۲

Output^۳

Process Scope^۴

<p>ثبت می گردد. محدوده شامل گروهی از کارکنان از قبیل پزشکان/پرستاران و ... نمی شود. لازم به ذکر است این افراد تنها می توانند به عنوان مخاطبین منظور گردند و نه دامنه فرآیند.</p> <p>صاحبان فرآیند^۵: هر فرآیند حداقل یک صاحب فرآیند دارد. صاحب فرآیند بیشترین اطلاعات را از عملکرد فرآیند داشته و مسئول حل مسائل، مشکلات و گزارش دهی در فرآیند می باشد. همچنین بیشتر از سایرین از نیازمندی ها اطلاع دارد.</p> <p>شاخص ها^۶: 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 بکارگرفته شود را پایش می کند.</p> <p>نحوه اندازه گیری و پایش^۷: بیان کننده روش و ابزار اندازه گیری، سنجش و پایش عملکرد فرآیند می باشد.</p> <p>متولی / مسئول فرآیند^۸: فرد پاسخگو که نظارت مستمر بر عملکرد فرآیند را برعهده دارد.</p> <p>توضیحات بر حسب ضرورت: راهنمای فرآیند برای فرآیندها الزامی و برای ساب فرآیند ها در صورت نیاز نوشته می شود.</p>		
<p>جدول اسامی: شامل اسامی تهیه کنندگان، تایید کننده و ابلاغ کننده می باشد و با ذکر سمت آن ها و درج امضای تمامی افراد مذکور مشخص می شود. حضور مستند تمامی افراد دخیل در اجرای فلوجارت در لیست تهیه کنندگان(علاوه بر پاسخگو) الزامی است. به عنوان مثال: در صورتی که در روش انجام کار موضوعی در رابطه با آزمایشگاه،رادیولوژی، سایر بخش های بالینی(انتقال برون بخشی)، مدارک پزشکی، پذیرش، پزشکان یا گروه متخصصین، مطرح شده باشد حضور یک نماینده از این واحدها در لیست تهیه کنندگان الزامی است.</p> <p>علت ایجاد فرآیند: در این قسمت شماره استاندارد و یا مصوبه مربوط به ایجاد فرآیند بیان می گردد.</p> <p>جدول وضعیت ویرایش فلوجارت: شامل دو آیتم عدم تغییر و یا تغییر فلوجارت به همراه علت تغییر می باشد.</p> <p>تائید واحد بهبود کیفیت: پس از تائید فلوجارت و قبل از ابلاغ مهر واحد بهبود کیفیت در پائین فلوجارت درج می شود.</p>	<p>صفحه ثبت</p>	<p>۷</p>

Process Owner ^۵

Indicator ^۶

Monitoring ^۷

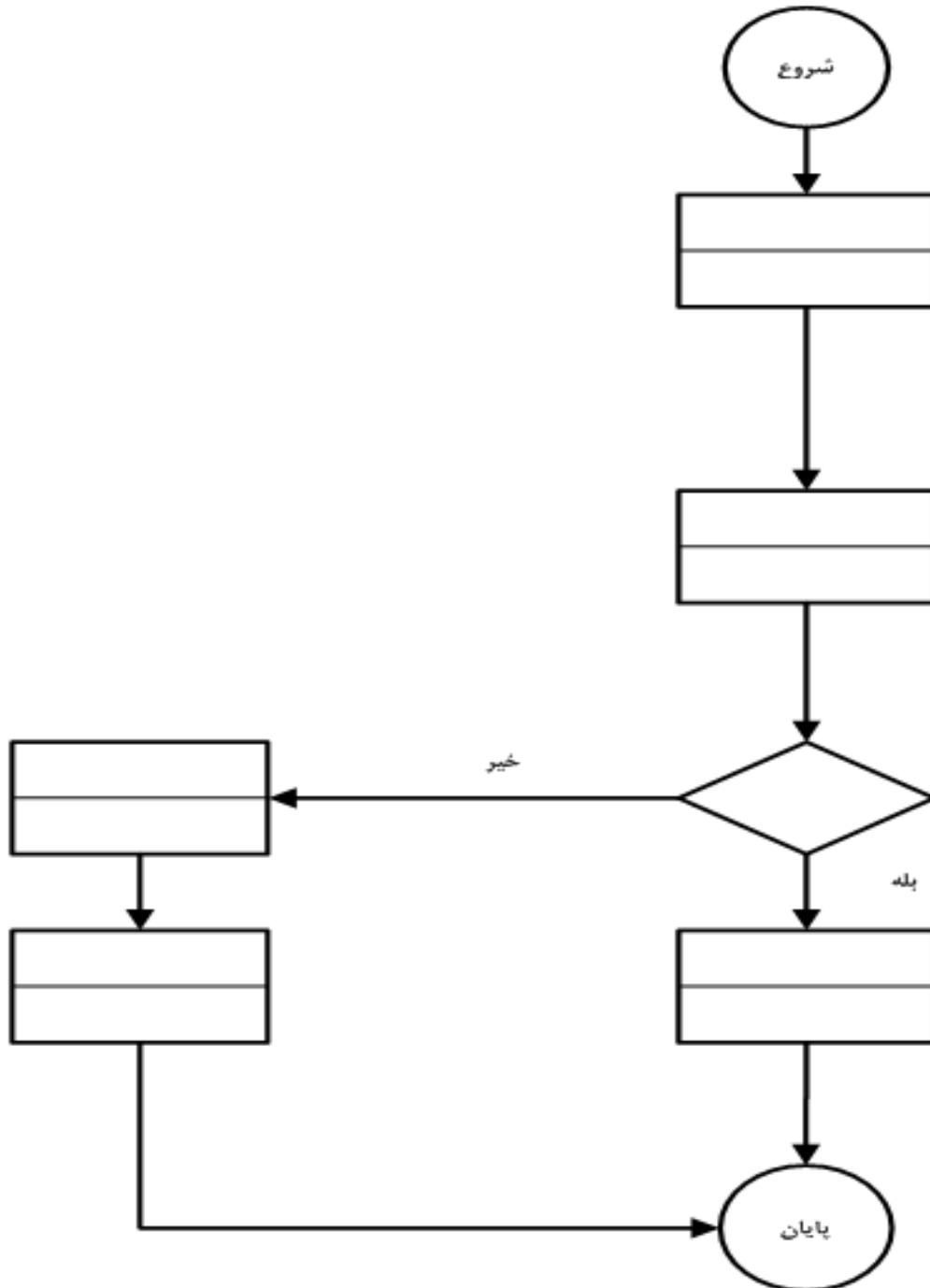
Custodian ^۸



فرآیند.....

کد فرآیند: ...
برایش: ...
صفحه: ۱ از ۳

فویچارت فرآیند:





فرآیند....

کد فرآیند:
ویرایش: ...
صفحه: ۲ از ۲

رابطه‌های فرآیند:

ورودی Input :

(۱) منابع:

(۱-۱) نیروی انسانی:

(۱-۲) فضای فیزیکی:

(۱-۳) منابع مالی:

(۲) مستندات:

خروجی Output :

محدوده فرآیند Scope :

صاحب فرآیند Owner :

نحوه پایش و اندازه گیری:

شاخصها Indicators :

مسئول فرآیند:

توضیحات برحسب ضرورت:



فرآیند.....

کد فرآیند: ...
پیرایش: ...
صفحه: ۲ از ۲

منویست:

جدول مای:

اسماء	نام و نام خانوادگی	ست	
			تیر کننده:
			تند کننده:
			اجرای کننده و تصویر کننده:

• این فرآیند به طول تهیه شده است.

مهر واحد بهبود کیفیت

وضعیت
عدم تغییر <input type="checkbox"/>
همراه با تغییر <input type="checkbox"/>

و) مراحل تدوین فرآیندها:

۱. شناسایی فرآیندهای اصلی توسط کارشناس مسئول بهبود کیفیت، مدیر پرستاری و مامایی
۲. ترسیم فرآیند با مشارکت کارشناس بهبود کیفیت و صاحبان فرآیند
۳. تدوین شناسنامه فرآیند
 - تعیین مرز فرآیند (از کجا و چگونه شروع می شود و چگونه و چه زمانی پایان می یابد).
 - تعیین توالی فعالیت ها
 - تعیین صاحبان فرآیند
 - نحوه پایش و اندازه گیری فرآیند
 - تعیین و تایید متولی فرآیند
۴. معرفی فرآیندهای اصلی شناسایی و ترسیم شده در جلسه تیم مدیریت اجرایی توسط کارشناس مسئول بهبود کیفیت و مدیر پرستاری بیمارستان میلاد
۵. بررسی و تصویب فرآیندهای اصلی شناسایی شده در جلسه تیم مدیریت اجرایی بیمارستان میلاد
۶. ابلاغ فرآیندهای اصلی مصوب از طریق اتوماسیون به بخش ها/ واحدها، توسط مدیر عامل بیمارستان میلاد
۷. دسترسی کارکنان مرتبط به فایل الکترونیکی فرآیندهای اصلی ابلاغ شده از طریق پورتال بیمارستان در قسمت اشتراک فایل، پوشه اعتباربخشی، فولدر فرآیندهای بیمارستان، فرآیندهای اصلی
۸. آگاهی کارکنان مرتبط از فرآیندهای اصلی مرتبط با بخش/ واحد مرتبط از طریق اتوماسیون

ز) بازنگری و ویرایش فرآیند:

در صورت تصمیم تیم مدیریت اجرایی برای اصلاح و بازنگری فرآیندهای اصلی گروهی با محوریت مسئول بهبود کیفیت و مشارکت صاحبان فرآیند در بخشها / واحدهای مرتبط تشکیل و پیشنهاد اصلاحی این گروه مجدداً در جلسه تیم مدیریت اجرایی طرح و در صورت تصویب ابلاغ می شود.

ح) پایش^۹ فرآیند:

۱. تعیین شاخص های اثربخشی به تفکیک هر فرآیند
۲. تعیین توالی اندازه گیری شاخص ها به تفکیک
۳. گزارش پایش فرآیند توسط مسئول فرآیند طبق بازه زمانی تعیین شده به واحد بهبود کیفیت
۴. شناسایی اقدامات لازم برای کنترل فرآیند، مشکلات و کمبودها و نقاط قوت عملکرد فرآیند در آن دوره پایش توسط مسئول فرآیند با همکاری کارشناس بهبود کیفیت
۵. تعیین افراد مسئول جهت انجام اقدامات اصلاحی در مهلت مقرر
۶. ارائه گزارش پایش اقدامات اصلاحی در تیم مدیریت اجرایی

^۹ پایش، سنجش درجه انطباق فعالیتها با استانداردها در حین اجراست.

بخش دوم: فهرست فرآیندها و شاخص های پایش آنها

ردیف	نام فرآیند	شاخص های پایش فرآیند	نوع فرآیند
۱	فرآیند پذیرش تا خروج بیمار بستری	<ul style="list-style-type: none"> - شاخص های مدیریت تخت - شاخص های ایمنی بیمار - درصد رضایتمندی بیماران بستری - تعداد شکایات 	اصلی
۲	فرآیند پذیرش تا خروج بیمار سرپایی	<ul style="list-style-type: none"> - شاخص های ایمنی بیمار - درصد رضایتمندی بیماران سرپایی - تعداد شکایات 	اصلی
۳	فرآیند رضایت سنجی از گیرندگان خدمت	<ul style="list-style-type: none"> - شاخص های درصد رضایتمندی گیرندگان خدمت 	مدیریتی
۴	فرآیند نحوه اعلام و بررسی شکایات / انتقادات / پیشنهادات	<ul style="list-style-type: none"> - درصد رسیدگی به شکایات - میانگین مدت زمان پاسخگویی به شکایات 	مدیریتی
۵	فرآیند انجام RCA و تشکیل کمیته های مرگ و میر پیرو وقوع مرگ های غیر منتظره یا Never event	<ul style="list-style-type: none"> - میزان مورتالیتی خالص و ناخالص - تعداد خطای پزشکی 	مدیریتی
۶	فرآیند اصلاح و ارتقاء	<ul style="list-style-type: none"> - درصد اجرای مصوبات - درصد پیشرفت برنامه - درصد تحقق اهداف برنامه 	مدیریتی
۷	فرآیند تدوین / بازنگری مستندات	<ul style="list-style-type: none"> - درصد اجرای بازنگری / تدوین مستندات 	پشتیبانی
۸	فرآیند تامین کالای سرمایه ای	<ul style="list-style-type: none"> - درصد تامین کالای سرمایه ای 	پشتیبانی
۹	فرآیند تامین کالای مصرفی	<ul style="list-style-type: none"> - درصد تامین کالای مصرفی 	پشتیبانی
۱۰	فرآیند جذب تا خروج نیروی انسانی	<ul style="list-style-type: none"> - درصد جذب به خروج نیرو - درصد ثبات نیرو - درصد رضایتمندی کارکنان - میانگین ارزیابی عملکرد کارکنان - درصد خرابی تجهیزات بدلیل کاربری ناصحیح - تعداد مواجهه شغلی کارکنان 	پشتیبانی
۱۱	فرآیند تعمیرات	<ul style="list-style-type: none"> - میانگین مدت زمان صرف شده جهت تعمیرات کالای سرمایه ای 	پشتیبانی

راهنمای فرآیند:

الف) ورودی Input :

الف-۱- بیمار

الف-۲- منابع

الف-۱- نیروی انسانی: پزشک (متخصصین موجود)، پرستار، بهیار، کمک بهیار، خدمات، منشی، کارشناس آمار، صندوقدار، کارشناس آزمایشگاه، کارشناس رادیولوژی، کارشناس فیزیوتراپی، کارشناس گفتار درمانی، کارشناس گفتار درمانی، کارشناس شنوایی سنج، کارشناس تغذیه، کاردان/ کارشناس اتاق عمل، کاردان/ کارشناس هوشبری.

الف-۲- فضای فیزیکی: اورژانس، درمانگاه. تمامی بخش های بستری، آزمایشگاه، تصویربرداری، اتاق های عمل، واحد توان بخشی
الف-۳-۲- منابع مالی: هزینه های پرسنلی، هزینه های تجهیزات و ملزومات مصرفی، هزینه های تغذیه، هزینه های سربار

الف-۳- مستندات:

الف-۳-۱) دستورالعمل ها:

محور مراقبت و درمان - (ب-۱) زیر محور مراقبت های عمومی و بالینی

- نحوه انتقال موقت بیماران جهت اخذ خدمات به خارج از بیمارستان با کد سند W-CG-08
- آموزش خودمراقبتی به بیماران در بخش های بالینی با کد سند W-CG-07
- اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر بیمار پس از اعمال جراحی با کد سند W-CG-04
- اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر بیمار پس از آنژیوگرافی و آنژیوپلاستی با کد سند W-CG-06
- اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر حین و پس از دیالیز با کد سند W-CG-03
- اطمینان از آمادگی قبل و مراقبت و پایش مستمر، حین و پس از انواع اسکوپیی ها با کد سند W-CG-05
- اطمینان از مراقبت و پایش مستمر بارداری های پرخطر، قبل، حین و پس از اتمام بارداری با کد سند W-CG-01
- اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیک به بیمار/همراه او بعد از ترخیص از بیمارستان با کد سند W-CG-02
- نحوه جابجایی درون بخشی و بین بخشی بیماران با کد سند W-CG-09

محور مراقبت و درمان - (ب-۲) زیر محور مراقبت های اورژانس

- احیای قلبی ریوی با کد سند W-EM-01

محور مراقبت و درمان - (ب-۴) زیر محور مراقبت های بیهوشی و جراحی

- نحوه پذیرش بیماران در اتاق عمل با کد سند W-AS-01
- نحوه نگهداری و انتقال نمونه های پاتولوژی از اتاق عمل به آزمایشگاه با کد سند W-AS-03

محور مدیریت دارو و تجهیزات - (د-۱) زیر محور مدیریت دارویی

- اصول استفاده از انواع داروهای multiple با کد سند W-MM-02

محور مدیریت خدمات پاراکلینیک – (و-۱) زیر محور مدیریت آزمایشگاه

- نحوه انجام آزمایشهایی که در آزمایشگاه بیوشیمی انجام می شود با کد سند W-LM-01
- نحوه انجام آزمایشهایی که در آزمایشگاه هماتولوژی انجام می شود با کد سند W-LM-02
- نحوه انجام آزمایشهایی که در آزمایشگاه میکروب شناسی انجام می شود با کد سند W-LM-03
- نحوه انجام آزمایشهایی که در آزمایشگاه بیوشیمی ادرار انجام می شود با کد سند W-LM-04
- نحوه انجام آزمایشهایی که در آزمایشگاه سروایمونولوژی و هورمون انجام می شود با کد سند W-LM-06
- نحوه انجام آزمایشهایی که در آزمایشگاه پاتولوژی انجام می شود با کد سند W-LM-07
- کنترل کیفیت آزمایشهای بیوشیمی با کد سند W-LM-08
- کنترل کیفیت آزمایشهای هماتولوژی با کد سند W-LM-09
- کنترل کیفیت آزمایشهای مختلف در بخش بیوشیمی ادرار با کد سند W-LM-11
- کنترل کیفیت آزمایشهای مختلف در بخش سروایمونولوژی و هورمون با کد سند W-LM-12
- کنترل کیفیت آزمایشهای میکروب شناسی با کد سند W-LM-10
- کنترل کیفیت آزمایشهای پاتولوژی با کد سند W-LM-13
- کنترل کیفی ابزار پایه با کد سند W-LM-16
- گزارش آنی نتایج بحرانی بیماران با استفاده بخش بستری بیمار با کد سند W-LM-15

محور مدیریت خدمات پاراکلینیک – (و-۲) زیر محور تصویربرداری

- نحوه استفاده از مواد حاجب با کد سند W-RA-01

محور مدیریت خدمات پاراکلینیک – (و-۴) زیر محور طب انتقال خون

- انجام آزمایشهای سازگاری از جمله Cross و antibody screening با کد سند W-BT-01
- انجام آزمایشهای تعیین گروه ABO گلبول قرمز و سرم به روش لوله ای، و آزمایش RH(D) به روش لوله ای با کد سند W-BT-02
- انجام آزمایشهای جست و جوی آنتی بادی های غیرمنتظره و انجام آزمایش های آنتی گلوبین با کد سند W-BT-03
- تهیه سوسپانسیون ۳ درصد گلبول قرمز، خواندن و درجه بندی شدت آگلوتیناسیون، تهیه گلبول های حساس شده با کد سند W-BT-04

محور مدیریت دارو و تجهیزات – (د-۲) زیر محور مدیریت تجهیزات پزشکی

- نگهداری و بروزرسانی شناسنامه تجهیزات پزشکی با کد سند W-ME-01

محور پیشگیری و بهداشت – (ه-۱) زیر محور مدیریت بهداشت محیط

- نظافت، شست و شو، گندزدایی و لکه زدایی بخش ها و واحد ها با کد سند W-EH-01
- نظافت، گند زدایی و لکه زدایی آمبولانس با کد سند W-EH-02
- سالم سازی سبزیجات آماده مصرف با کد سند W-EH-03

محور پیشگیری و بهداشت – (ه-۲) زیر محور مدیریت پسماند

- تفکیک در مبدا پسماندهای عفونی با کد سند W-WM-01
- تفکیک در مبدا پسماندهای تیز و برنده با کد سند W-WM-02

- تفکیک پسماند در مبدا پسماند عادی با کد سند W-WM-04
- تفکیک در مبدا پسماندهای شیمیایی و دارویی با کد سند W-WM-03
- تفکیک در مبدا پسماند رادیو اکتیو و پرتوزا با کد سند W-WM-05
- جمع آوری و نگه داری موقت انواع پسماند درون بخش ها با کد سند W-WM-06
- بی خطر سازی پسماندهای عفونی و تیز و برنده با کد سند W-WM-07
- دفع بهداشتی پسماندهای شیمیایی و دارویی با کد سند W-WM-08
- نظارت بر عملکرد دستگاههای بی خطر ساز پسماند با کد سند W-WM-09
- کنترل ظروف نگهداری و انتقال پسماندها با کد سند W-WM-10
- محور پیشگیری و بهداشت- (۴-۵) زیر محور مدیریت خدمات رختشویخانه**
- شستشوی دستی یا اتوماتیک و پاک سازی ابزار و وسایل با کد سند W-SM-01
- گندزدایی ابزارهای جراحی با استفاده مجدد با کد سند W-SM-02
- نحوه بازخوانی ابزار و وسایل استریل از بخش ها با کد سند W-SM-03
- الف-۳-۲) خط مشی ها:
- محور مراقبت و درمان- (ب-۱) زیر محور مراقبت های عمومی و بالینی**
- دستورات مراقبتی و درمانی تلفنی در موارد ضروری با کد سند P-CG-01
- محور مراقبت و درمان- (ب-۲) زیر محور مراقبت های اورژانس**
- شناسایی بموقع و نحوه رسیدگی به بیماران بدحال و اورژانسی در بخش های بستری با کد سند PP-EM-01
- محور مراقبت و درمان- (ب-۳) زیر محور مراقبت های حاد**
- نحوه و اندیکاسیون های پذیرش و ترخیص بیماران در بخش های ویژه با کد سند PP-AC-01
- مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد با کد سند PP-AC-02
- محور مراقبت و درمان- (ب-۵) زیر محور بیهوشی و جراحی**
- رعایت الزامات ایمنی بیماران در اقدامات تهجمی خارج از حیطه اتاق عمل با کد سند PP-AS-01
- مراقبت و درمان- (ب-۵) زیر محور مراقبت های مادر و نوزاد**
- مدیریت مادران پرخطر در بلوک زایمان با کد سند PP-MN-01
- اطمینان از رعایت اندیکاسیون های انجام سزارین با کد سند PP-MN-02
- محور رعایت حقوق گیرندگان خدمت- (ح-۱) زیر محور اطلاع رسانی و ارتباطات**
- راهنمایی و هدایت گیرندگان خدمت در سطح بیمارستان با کد سند PP-PR-01
- رعایت و حفظ حریم خصوصی گیرنده خدمت با کد سند PP-PR-03
- حمایت از گروه های آسیب پذیر و جمعیت های در معرض خطر با کد سند PP-PR-02
- نحوه ارائه خدمات به بیماران مجهول الهویه با کد سند PP-PR-04
- محور پیشگیری و بهداشت- (۱-۵) زیر محور مدیریت بهداشت محیط**
- کسب اطمینان از اثربخشی اقدامات بهداشت و حفاظت پرتوها با کد سند PP-EH-01

الف-۳-۳) روش های اجرایی :

محور مراقبت و درمان- (ب-۱) زیر محور مراقبت های عمومی و بالینی

- جداسازی بیماران روان پزشکی با کد سند P-CG-05
- جداسازی بیماران عفونی با احتمال سرایت به سایر بیماران با کد سند P-CG-06
- جداسازی بیماران با رفتار پرخطر اجتماعی با کد سند P-CG-04
- مراقبت های پوست و حفاظت بیماران در برابر زخم های فشاری با کد سند P-CG-07
- پیشگیری از ترومبوآمبولی وریدی و آمبولی ریوی با کد سند P-CG-03
- استفاده صحیح از ابزارهای مهار فیزیکی با کد سند P-CG-02
- استفاده صحیح از روشهای مهار شیمیایی با کد سند P-CG-01

محور مراقبت و درمان- (ب-۲) زیر محور مراقبت های اورژانس

- تریاژ با کد سند P-EM-01
- انجام مشاوره های اورژانس با کد سند P-EM-02

محور مراقبت و درمان- (ب-۳) زیر محور مراقبت های حاد

- مراقبت از بیماران تحت آرام بخشی متوسط و عمیق با کد سند P-AC-01
- ایجاد محیط آرام و ساکت برای بخش های بستری بیماران با کد سند P-AC-02

محور مراقبت و درمان- (ب-۴) زیر محور مراقبت های بیهوشی و جراحی

- استریل فوری اقلام خاص با کد سند P-AS-01
- حفظ امنیت و ایمنی نوزاد با کد سند P-MN-01
- نظارت بر اداره امور بخش های بالینی با کد سند P-NM-01
- نظارت بر جایجایی بین بخشی بیماران با کد سند P-NM-03

محور مدیریت خدمات پرستاری- (ج-۲) زیر محور مدیریت مراقبت های پرستاری

- نظارت بر انتقال موقت بیماران جهت اخذ خدمات به خارج از بیمارستان با کد سند P-NM-04
- نظارت بر اعزام بیماران به سایر مراکز با کد سند P-NM-05
- نظارت بر انجام مشاوره پزشکی در داخل و خارج بیمارستان با کد سند P-NM-06
- نظارت بر روند تعامل بخش های بالینی با سایر بخش ها با کد سند P-NM-07

محور مدیریت دارو و تجهیزات- (د-۱) زیر محور مدیریت دارویی

- نحوه فعالیت داروخانه بیمارستان در ساعات شبانه روز با کد سند P-MM-09
- مدیریت کمبود دارویی در مقاطع زمانی موقت با کد سند P-MM-01
- استفاده از ملزومات و تجهیزات پزشکی صرفا یکبار مصرف با کد سند P-MM-02
- ارزیابی روند تجویز و مصرف دارو با کد سند P-MM-04

- مدیریت تجویز خارج از فارماکوپه دارو با کد سند P-MM-05
- مدیریت خطاهای دارویی با کد سند P-MM-08
- محور مدیریت دارو و تجهیزات – (د-۲) زیر محور مدیریت تجهیزات پزشکی**
- سرویس و بازدید های دوره ای (PM) تجهیزات پزشکی با کد سند P-ME-02
- کنترل کیفی تجهیزات پزشکی یا آزمون کالیبراسیون با کد سند P-ME-03
- تامین تجهیزات پشتیبان و یا تغییر آنها در کوتاه ترین زمان ممکن و در طول شبانه روز و ایام تعطیل با رعایت حداقل های مورد انتظار با کد سند P-ME-04
- محور پیشگیری و بهداشت – (ه-۱) زیر محور مدیریت بهداشت محیط**
- نظارت بر رعایت ضوابط بهداشتی آماده سازی و طبخ با کد سند P-EH-02
- رعایت اصول بهداشتی و ارائه خدمات غذا به بیماران بستری در بخش های ویژه با کد سند P-EH-04
- نظارت بر رعایت ضوابط بهداشتی توزیع و سرو غذا با کد سند P-EH-03

الف-۳-۴) فرم ها: ۱۸ عدد فرم پرونده

ب) خروجی Output:

- بیمار رسیدگی شده.
- پرونده بیمار
- برگ گواهی فوت
- برگ اعزام

ج) محدوده فرآیند Scope: اورژانس، درمانگاه، پذیرش، تمامی بخش های بستری، تمامی بخش های تشخیصی، واحد ترخیص، دفتر پرستاری، مورگ، اتاق های عمل

د) صاحبان فرآیند Owner: رئیس درمانگاه، رئیس اورژانس، مدیر پذیرش و مدارک پزشکی، مدیر پرستاری و مامایی، مدیر اجرایی تصویربرداری، مدیر اجرایی آزمایشگاه، مدیر اجرایی فیزیوتراپی، رئیس درآمد و ترخیص، مسئول فنی داروخانه، کارشناس مسئول تغذیه، مسئول مورگ.

ه) نحوه پایش و اندازه گیری Monitoring: پایش از طریق محاسبه و تحلیل شاخص های مربوطه طی فواصل زمانی تعیین شده انجام می گیرد.

و) شاخص ها Indicators:

- شاخص های مدیریت تخت
- شاخص های ایمنی بیمار

کد فرآیند: C-QI-01

ویرایش: ۰۱

فرآیند پذیرش تا خروج بیمار بستری



- درصد رضایتمندی بیماران بستری

- تعداد شکایات

(ز) مسئول فرآیند / متولی Custodian: معاون درمان

(ح) توضیحات: -



فرآیند پذیرش تا خروج بیمار سرپایی

کد فرآیند: C-QI-02

ویرایش: ۰۱

راهنمای فرآیند:

الف) ورودی Input:

الف-۱- بیمار

الف-۲- منابع:

الف-۲-۱- نیروی انسانی: پزشک (متخصصین مربوطه)، پرستار، منشی، صندوق دار، کارشناس آزمایشگاه، کارشناس رادیولوژی، کارشناس فیزیوتراپی. کارشناس گفتار درمان. کارشناس کار درمان. کارشناس شنوایی سنج پرسنل داروخانه سرپایی.

الف-۲-۲- فضای فیزیکی: درمانگاه، آزمایشگاه، داروخانه، تصویربرداری، توان بخشی، صندوق سرپایی، پذیرش سرپایی.

الف-۲-۳- منابع مالی: هزینه های پرسنلی، هزینه های تجهیزات و ملزومات مصرفی هزینه های سربار

الف-۳- مستندات: فرم های خام پذیرش

ب) خروجی Output:

- بیمار رسیدگی شده
- برگ دفترچه
- نتایج آزمایش
- نتایج تصویربرداری

ج) محدوده فرآیند Scope: اورژانس، درمانگاه، آزمایشگاه، تصویربرداری، پذیرش سرپایی، صندوق، داروخانه

د) صاحبان فرآیند Owner: رئیس اورژانس، رئیس درمانگاه، مدیر پذیرش و مدارک پزشکی، مدیر پرستاری و مامایی، مدیر اجرایی تصویربرداری، مدیر اجرایی آزمایشگاه، مدیر اجرایی فیزیوتراپی مسئول فنی داروخانه، مسئول واحد صندوق

ه) نحوه پایش و اندازه گیری Monitoring: پایش از طریق محاسبه و تحلیل شاخص های مربوطه طی فواصل زمانی تعیین شده انجام می گیرد.

و) شاخص ها Indicators:

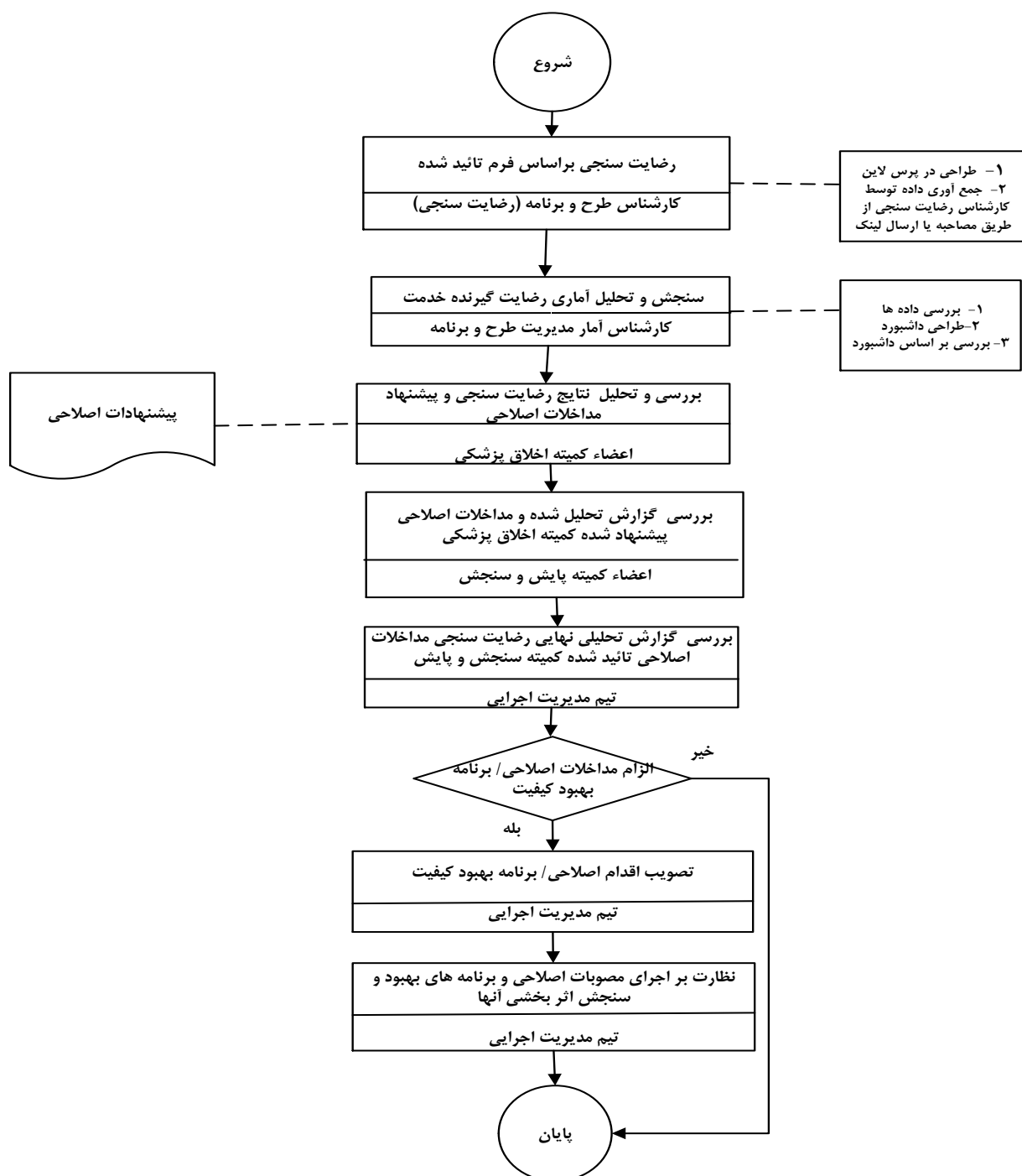
- شاخص های ایمنی بیمار
- درصد رضایتمندی بیماران سرپایی
- تعداد شکایات

ز) مسئول فرآیند / متولی Custodian: معاون درمان

ح) توضیحات: -

فرآیند رضایت سنجی از گیرندگان خدمت

فلوچارت فرآیند:



راهنمای فرآیند:

الف) ورودی Input :

الف-۱- بیمار سرپایی، بستری، همراه بیمار

الف-۲- منابع:

الف-۲-۱- نیروی انسانی: کارشناس رضایت سنجی

الف-۲-۲- منابع مالی: هزینه های پرسنلی هزینه ارسال پیامک

الف-۳- مستندات:

۳-۲) فرم ها:

➤ فرم های خام رضایت سنجی بیمار بستری با کد سند (P-QI-03) F1

➤ فرم های خام رضایت سنجی بیمار سرپایی با کد سند (P-QI-03) F3

ب) خروجی Output :

- فرم های پر شده رضایت سنجی

- گزارش تحلیلی رضایت سنجی

- برنامه بهبود/ اقدام اصلاحی

ج) محدوده فرآیند Scope: مدیریت طرح و برنامه (واحد رضایت سنجی)، تمامی واحد ها و بخش های ارائه کننده خدمت

د) صاحبان فرآیند Owner: تیم مدیریت اجرایی، رئیس، دبیر و اعضاء کمیته اخلاق پزشکی و کمیته پایش و سنجش کیفیت.

ه) نحوه پایش و اندازه گیری Monitoring: پایش از طریق محاسبه و تحلیل شاخص های مربوطه طی فواصل زمانی تعیین شده انجام می گیرد.

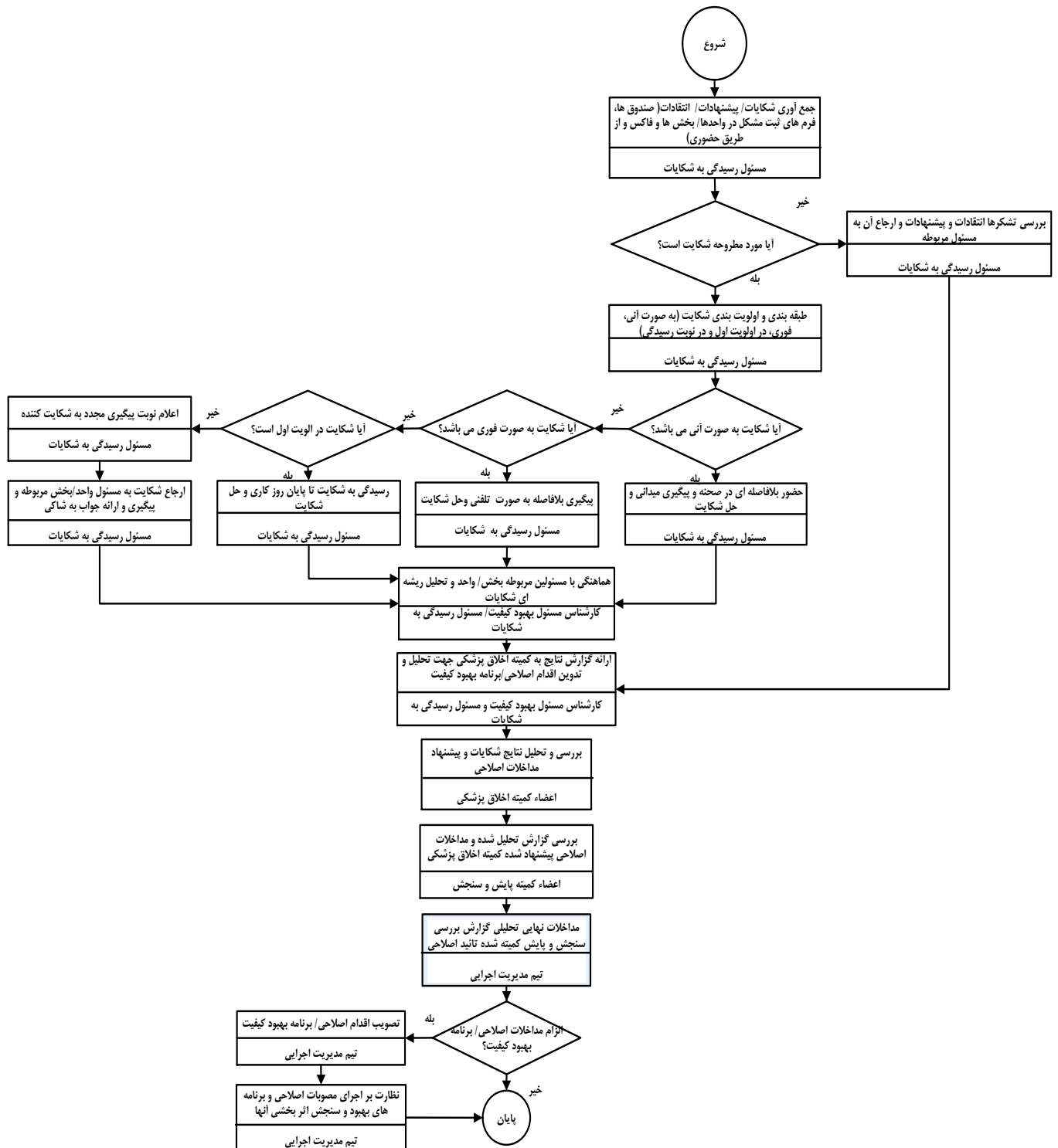
و) شاخص ها Indicators :

- شاخصهای درصد رضایتمندی گیرندگان خدمت

ز) مسئول فرآیند / متولی Custodian: مدیریت طرح و برنامه

ح) توضیحات:-

فلوچارت فرآیند:



راهنمای فرآیند:

الف) ورودی Input:

الف-۱- منابع:

۱-۱) نیروی انسانی: کارشناس رسیدگی به شکایات، مسئولین واحدها/ بخش ها، اعضای کمیته پایش و سنجش کیفیت، اعضای کمیته اخلاق پزشکی، کارشناس بهبود کیفیت، اعضای تیم مدیریت اجرایی، مدیر امور داخلی.

۱-۲) الف-۱-۲- منابع مالی: هزینه های پرسنلی

الف-۳- مستندات: شکایات/ پیشنهادات/ انتقادات جمع آوری شده از طریق صندوق ها، فرم ها، فکس و مراجعه حضوری

ب) خروجی Output:

- گزارش نتایج شکایات به متقاضی.

- گزارش تحلیلی فصلی به معاونت درمان و مدیرعامل و واحد بهبود کیفیت

ج) محدوده فرآیند Scope: واحد بررسی به شکایات، تمامی بخش ها و واحد ها

د) صاحبان فرآیند Owner: مسئول واحد رسیدگی به شکایات، تیم مدیریت اجرایی، رئیس، دبیر و اعضاء کمیته اخلاق پزشکی و کمیته پایش و سنجش کیفیت.

ه) نحوه پایش و اندازه گیری Monitoring: پایش از طریق محاسبه و تحلیل شاخص های مربوطه طی فواصل زمانی تعیین شده انجام می گیرد.

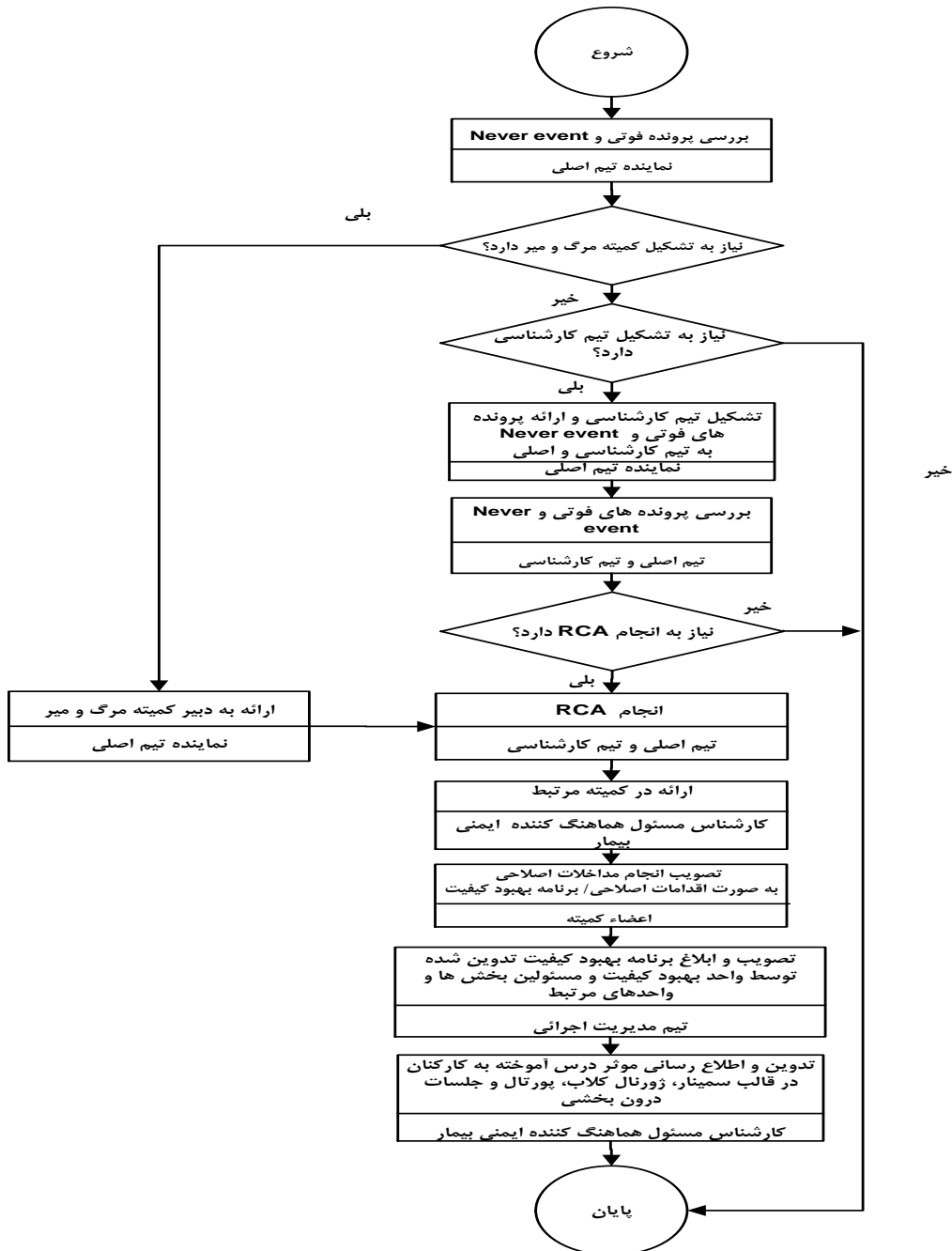
و) شاخص ها Indicators:

- درصد رسیدگی به شکایات

- میانگین مدت زمان پاسخگویی به شکایات

ز) مسئول فرآیند/ متولی Custodian: معاون امور داخلی بیمارستان

ح) توضیحات:-



راهنمای فرآیند:

الف) ورودی Input:

الف-۱- منابع:

الف-۱-۱- نیروی انسانی:

اعضای کمیته مرگ و میر: مدیر عامل، مسئول فنی (مسئول ایمنی)، معاون اداری و مالی، کارشناس مسئول بهبود کیفیت، رییس بخش اورژانس، متخصص پزشکی قانونی، رییس درمانگاهها، مدیر پرستاری و مامایی، مدیر اجرایی آزمایشگاه، رییس بخش آزمایشگاه، کارشناس مسئول آموزش، معاون امور داخلی، کارشناس هماهنگ کننده کمیته های بیمارستانی، کارشناس مسئول هماهنگ کننده بیمار.

اعضای تیم اصلی کارشناسی: نماینده ایمنی بیمار، نماینده بهبود کیفیت و دبیر کمیته مورتالیتی و موربیدیتی، متخصص پزشکی قانونی، معاون امور داخلی، مسئول فنی (مسئول ایمنی)، نماینده معاونت درمان

اعضای تیم کارشناسی موقت: گروه پزشکی (گروههای مرتبط)، هموویژیولانس، داروسازی، پاراکلینیک. گروه پرستاری (مترون، سوپروایزر، سرپرستار، پرستار)، تجهیزات پزشکی، معاونت مالی-اداری، کلینیک، رئیس اورژانس.

الف-۱-۲- فضای فیزیکی

الف-۱-۳- منابع مالی: هزینه های پرسنلی

الف-۲- مستندات: پرونده فوتی / Never event، فرم انتخاب پرونده، فرم RCA

نکته: جهت انتخاب پرونده های فوتی / Never event، برای RCA لازم است به موارد زیر توجه شود:

- گام اول انتخاب پرونده می باشد که صرفاً با بررسی علت مرگ یا توضیحات کامل در مورد علت مرگ می باشد.
- پرونده های ایست قلبی، خونریزی، مسمومیت، زنان باردار و نوزادان ۵۹-۱ ماهه پرونده هایی هستند که قابلیت عنوان دارند.
- فقط کارشناس مسئول هماهنگ کننده ایمنی بیمار مجوز دسترسی به پرونده ها را دارد.
- فوت های مشکوک فوت هایی هستند که به هر دلیل غیرمنتظره و غیر قابل توجیه اند و مطلقاً به سن ربطی ندارند.

ب) خروجی Output:

- گزارش RCA انجام شده: RCA یعنی گزارش به موقع و جامع خطا، تحلیل ریشه ای و انجام اقدامات پیشگیرانه جهت جلوگیری از انجام خطای مجدد بدون نگرانی از سرزنش و توبیخ RCA بخشی از فرآیند بهبود ایمنی و کیفیت است فرآیندی تجسسی-پرسی است و به یادگیری و رشد سازمان کمک می کند

- مداخلات اصلاحی طراحی شده در چهار سطح:

- ۱- اقدامات اصلاحی در سطح بخش
- ۲- برنامه بهبود کیفیت
- ۳- مصوبات کمیته های مربوطه
- ۴- مصوبات تیم مدیریت اجرایی و واکراندها (بازدید های حاکمیتی و مدیریتی ایمنی بیمار)

ج) محدوده فرآیند Scope: کمیته مرگ و میر، تمامی واحدهای بالینی، اورژانس، اتاق های عمل.

د) صاحبان فرآیند Owner: رئیس، دبیر و اعضاء کمیته مرگ و میر، مسئول و پاسخگوی ایمنی بیمار، کارشناس مسئول هماهنگ کننده

ایمنی بیمار، کارشناس مسئول بهبود کیفیت، متخصص پزشکی قانونی، معاون مدیر داخلی، نماینده معاونت درمان، مدیر پذیرش و مدارک پزشکی، اعضای تیم اصلی کارشناسی، اعضای تیم کارشناسی موقت

ه) نحوه پایش و اندازه گیری Monitoring: پایش از طریق محاسبه و تحلیل شاخص های مربوطه طی فواصل زمانی تعیین شده انجام

می گیرد.

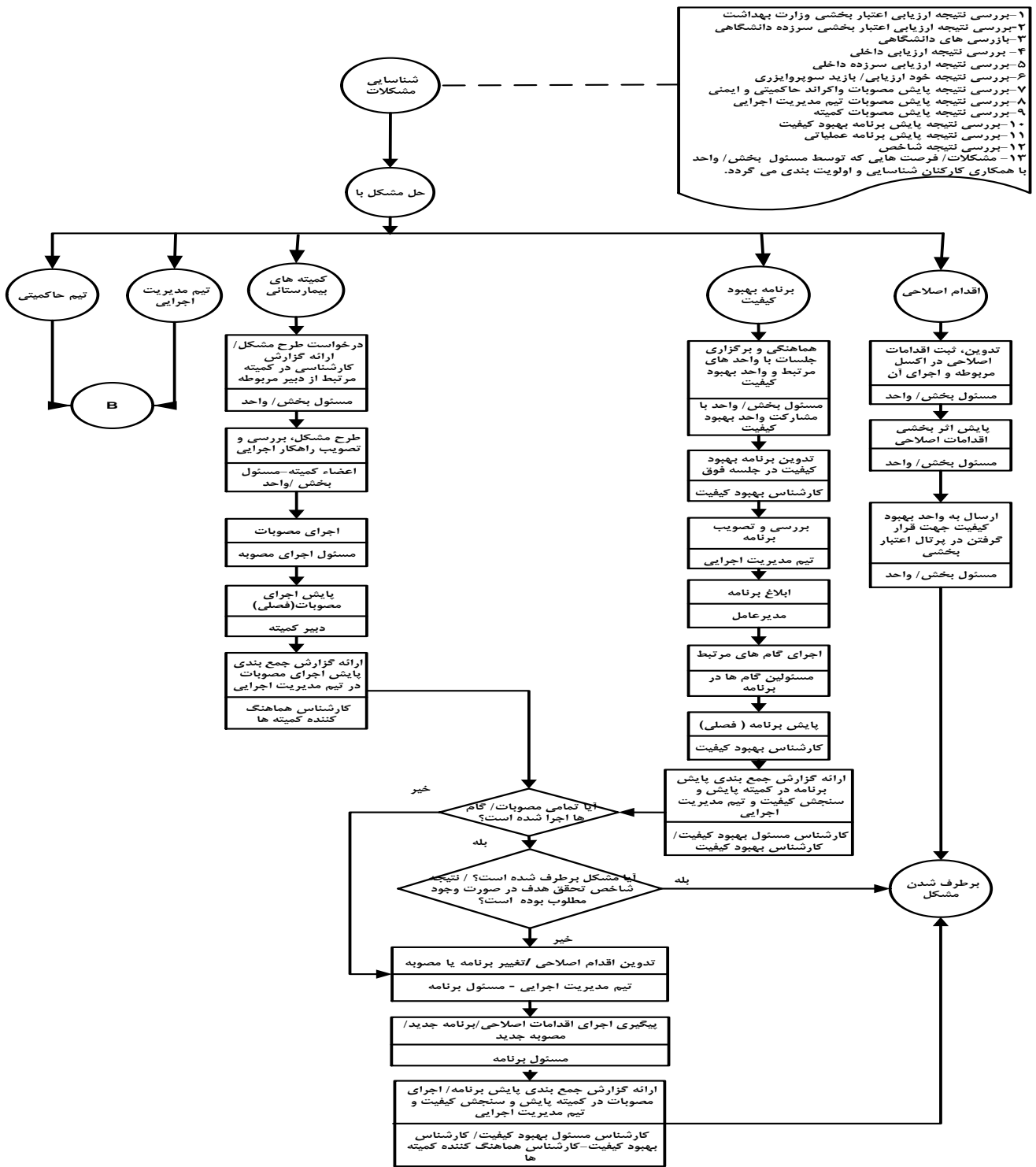
و) شاخص ها Indicators:

- میزان مورتالیتی خالص و ناخالص
- تعداد خطای پزشکی

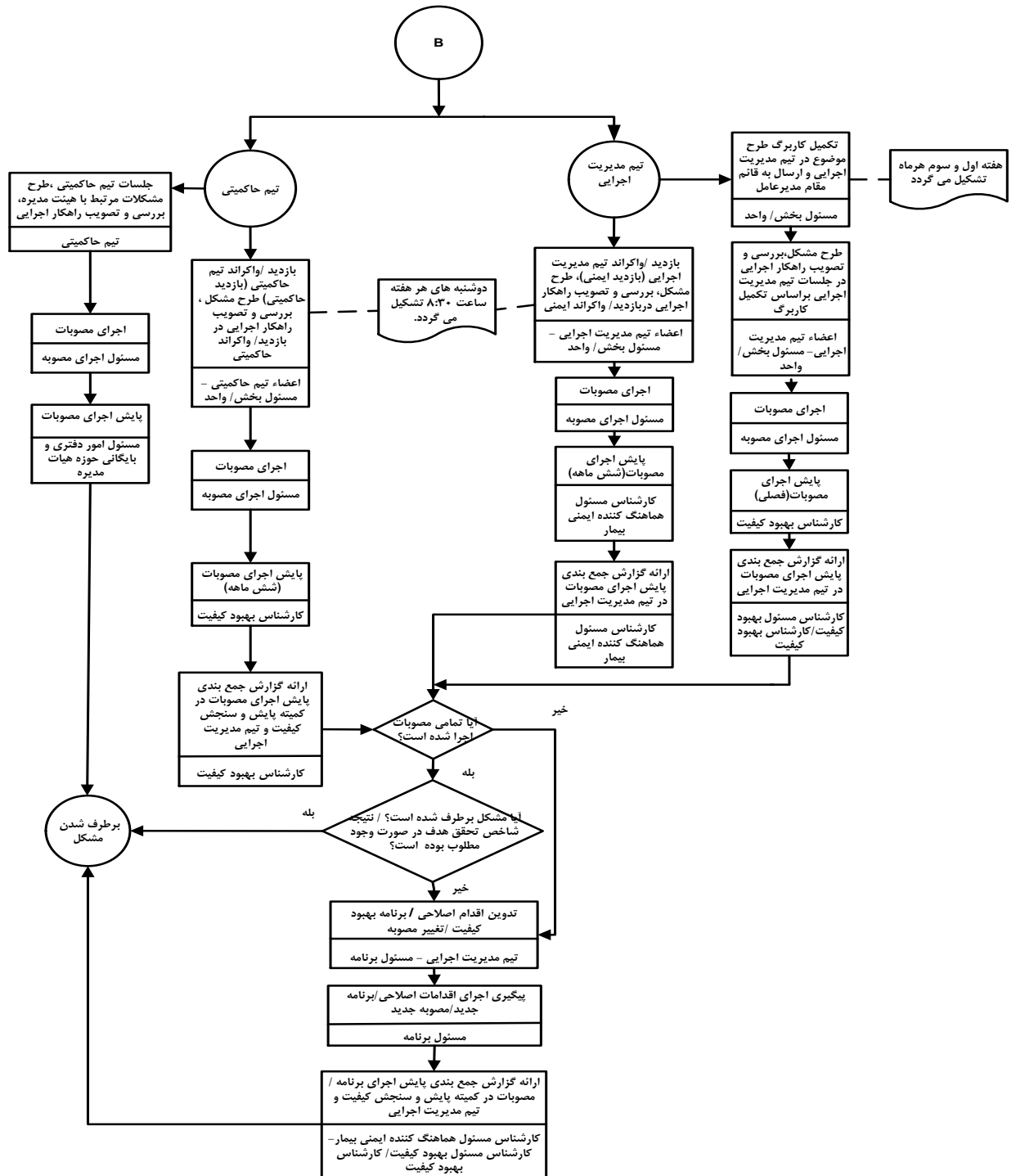
ز) مسئول فرآیند / متولی Custodian: مسئول و پاسخگوی ایمنی بیمار

ح) توضیحات:-

فلو چارت فرآیند:



فلوچارت فرآیند:



راهنمای فرآیند:

ورودی Input :

(۱) منابع:

۱-۱ نیروی انسانی : تمامی کارکنان

۱-۲ منابع مالی: هزینه های پرسنلی

(۲) مستندات:

- اکسل خام ثبت و پایش اقدام اصلاحی با کد سند F-QI-04

- فرم خام برنامه بهبود کیفیت با کد سند F-QI-03

- فرم خام صورتجلسات کمیته ها

- فرم خام صورتجلسات واکراندها

- فرم خام صورتجلسات جلسات تیم مدیریت اجرایی

- فرم خام صورتجلسات هیات مدیره

- کاربرگ طرح موضوع در جلسه تیم مدیریت اجرایی با کد سند EF-AT -01

خروجی Output :

- اکسل تکمیل شده ثبت و پایش اقدام اصلاحی

- فرم تکمیل شده برنامه بهبود کیفیت

- فرم تکمیل شده صورتجلسات کمیته ها

- فرم تکمیل شده صورتجلسات واکراندها

- فرم تکمیل شده صورتجلسات جلسات تیم مدیریت اجرایی

- فرم تکمیل شده صورتجلسات هیات مدیره

- کاربرگ تکمیل شده طرح موضوع در جلسه تیم مدیریت اجرایی EF-AT -01

محدوده فرآیند Scope: تمامی بخش ها / واحدهای بیمارستان

صاحبان فرآیند Owner: تیم مدیریت اجرایی - تیم حاکمیتی - اعضای هیئت مدیره - روسای بخش ها - مدیران و مسئولین

بخش ها / واحدها - کارشناس مسئول هماهنگ کننده ایمنی - کارشناس مسئول بهبود کیفیت - رئیس، دبیر و اعضا کمیته ها

نحوه پایش و اندازه گیری Monitoring: پایش از طریق محاسبه و تحلیل شاخص های مربوطه طی فواصل زمانی تعیین شده انجام می گیرد.

شاخصها Indicators:

— درصد اجرای مصوبات

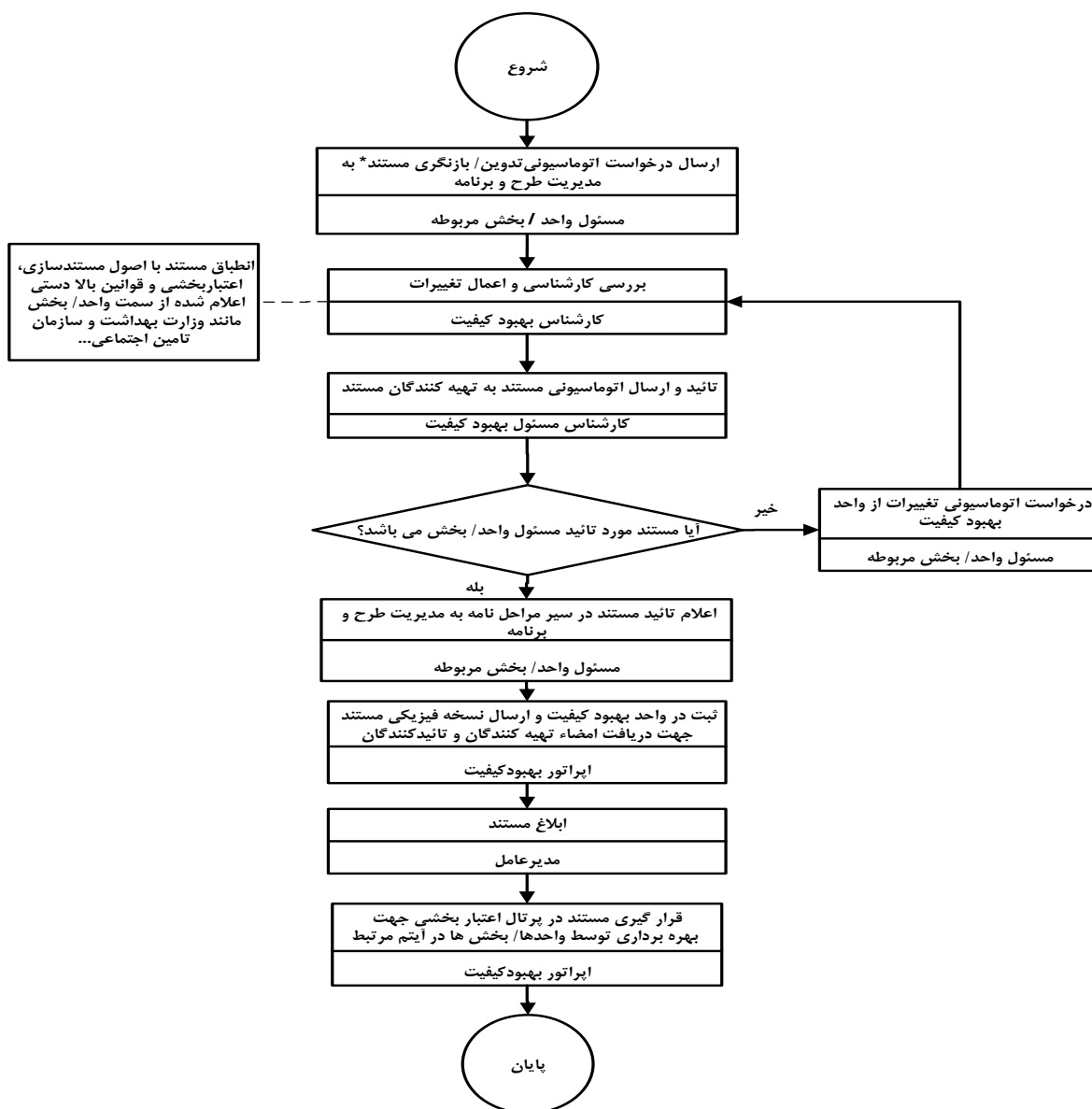
— درصد پیشرفت برنامه ها

— درصد تحقق اهداف برنامه ها

مسئول فرآیند / متولی Custodian: مدیر طرح و برنامه

توضیحات: —

فلوجارت فرآیند:



* مستند قبلی یا پیش نویس مستند جدید از طریق اتوماسیون ارائه گردد، لازم به ذکر می باشد مستندات بیمارستان شامل فرم، فرآیند، خط مشی و روش اجرایی، روش اجرایی، دستورالعمل، کتاب و ... می باشد که جهت تدوین/بازنگری فرم ها می بایست طبق ساب فرآیند تدوین / بازنگری فرم ها به شماره C-IQ-10 عمل گردد.

راهنمای فرآیند:

الف) ورودی Input:

الف-۱-۱- منابع:

الف-۱-۱- نیروی انسانی: کارشناس مسئول بهبود کیفیت، کارشناس بهبود کیفیت، اپراتور بهبود کیفیت.

الف-۱-۲- فضای فیزیکی: واحد بهبود کیفیت

الف-۱-۳- منابع مالی: هزینه های پرسنلی، هزینه چاپ و تکثیر مستندات بازنگری یا تدوین شده

الف-۲- مستندات: مستندات تعیین شده برای تدوین/بازنگری

ب) خروجی Output:

- مستندات تدوین / بازنگری شده

- ابلاغیه مستندات

ج) محدوده فرآیند Scope: تمامی بخش ها/ واحدهای بیمارستان

صاحبان فرآیند Owner: کارشناس مسئول بهبود کیفیت، مدیران و مسئولین واحد ها / بخش ها، معاونت ها، مدیرعامل

د) نحوه پایش و اندازه گیری Monitoring: پایش از طریق محاسبه و تحلیل شاخص های مربوطه طی فواصل زمانی تعیین شده انجام

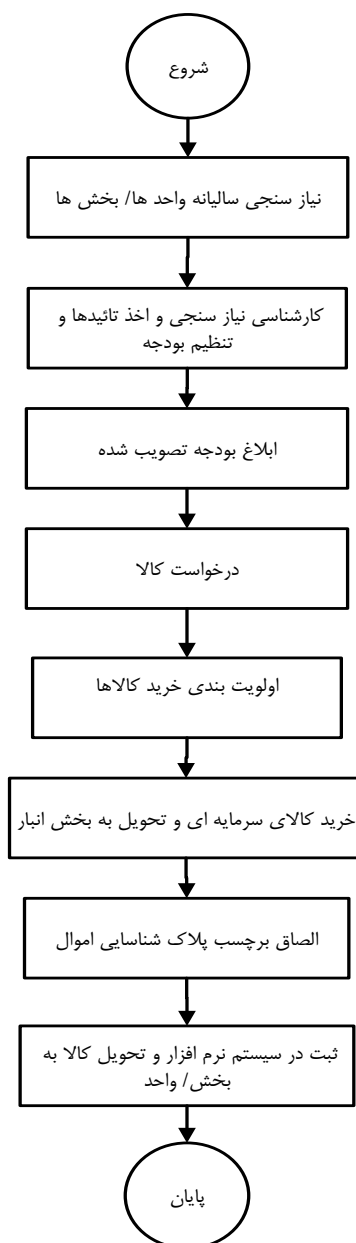
می گیرد.

و) شاخص ها Indicators:

- میانگین مدت زمان بازنگری / تدوین مستندات

ز) مسئول فرآیند / متولی Custodian: کارشناس مسئول بهبود کیفیت

ح) توضیحات: -



*میزان ۱۰٪ بودجه از محل استهلاك واحد ها در سال ۱۳۹۸ به عنوان بودجه در اختیار کمیسیون معاملات قرار گرفته تا موارد اضطراری و پیش بینی نشده در بودجه ۹۸، تامین اعتبار گردد.

راهنمای فرآیند:

الف) ورودی Input :

الف-۱- منابع:

الف-۱-۱- نیروی انسانی: مسئولین واحد ها/ بخش ها، معاون اداری و مالی، مدیرعامل، معاونین، کارپرداز، مسئول انبار، کارشناس اموال

الف-۱-۲- منابع مالی: بودجه جهت تامین کالا

الف-۲- مستندات:

الف-۲-۱- روش اجرایی:

محور مدیریت و رهبری- (الف-۸) زیر محور تامین و تسهیلات

➤ تهیه ملزومات و تجهیزات با کد سند PP-FS-01

➤ انبارش ایمن با کد سند W-FS-01

الف-۲-۲- آیین نامه خرید اضطراری، بودجه بندی به تفصیل.

الف-۲-۳- فرم ها: برگه پرشده نیاز سنجی سالیانه از واحدها.

ب) خروجی Output :

- خرید/ تحویل کالای درخواست شده به بخش.

- اسناد مالی

ج) محدوده فرآیند Scope : واحد پشتیبانی، تجهیزات پزشکی، تجهیزات فنی و مهندسی، اداری و تجهیزات IT، بخش ها و واحدها، واحد

اداری و مالی

د) صاحبان فرآیند Owner : مدیرعامل، معاون اداری و مالی، معاون درمان، مدیر طرح و برنامه، مدیر پشتیبانی، رئیس تجهیزات پزشکی، رئیس فنی

و مهندسی، مدیر امور مالی، رئیس امور فناوری اطلاعات، مدیر پرستاری و مامایی

ه) نحوه پایش و اندازه گیری Monitoring : پایش از طریق محاسبه و تحلیل شاخص های مربوطه طی فواصل زمانی تعیین شده انجام می گیرد.

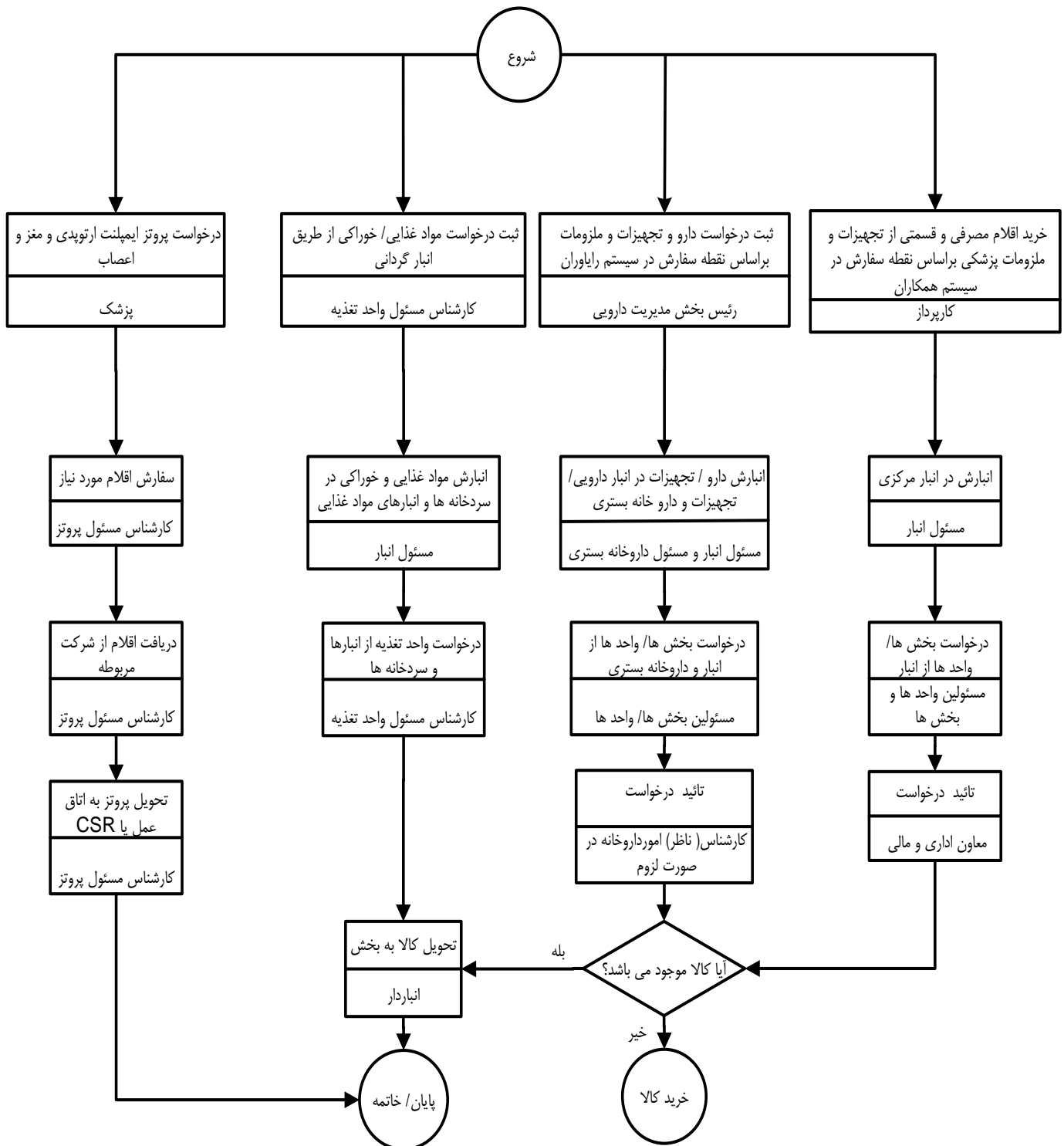
و) شاخص ها Indicators :

- درصد تامین کالای سرمایه ای

ز) مسئول فرآیند / متولی Custodian : معاون اداری و مالی

ح) توضیحات: -

فلوچارت فرآیند:



راهنمای فرآیند:

الف) ورودی Input :

الف-۱- منابع:

الف-۱-۱- نیروی انسانی: داروساز، کارشناس تجهیزات پزشکی، کارشناس تامین پروتز، پیمانکار واحد تغذیه، مسئولین بخش ها و واحدها
الف-۱-۲- منابع مالی: هزینه های پرسنلی، هزینه های تامین کالاها

۲) مستندات

الف-۲-۱- دستورالعمل ها:

محور مدیریت و رهبری - (الف-۲) زیر محور تیم مدیریت اجرائی

➤ نظارت بر عملکرد پیمانکاران با کد سند W-AT-01

محور مدیریت دارو و تجهیزات - (د-۱) زیر محور مدیریت دارویی

➤ انبارش ایمن داروها با کد سند W-MM-01

الف-۲-۲- خط مشی ها:

محور مدیریت و رهبری - (الف-۸) زیر محور تامین و تسهیلات اقامت

➤ تهیه و توزیع ملزومات و تجهیزات با کد سند PP-FS-01

➤ انبارش ایمن با کد سند W-FS-01

الف-۲-۳- روش های اجرایی:

محور مدیریت دارو و تجهیزات - (د-۱) زیر محور مدیریت دارویی

➤ خرید دارو، ملزومات و تجهیزات مصرفی با کد سند P-MM-02

➤ کنترل تجویز خارج از فهرست تجهیزات پزشکی مصرفی با کد سند P-MM-06

محور پیشگیری و بهداشت - (ه-۱) زیر محور مدیریت بهداشت محیط

➤ نظارت بر نحوه تهیه و نگه داری مواد اولیه غذایی با کد سند P-EH-01

۴-۲) فرم ها: برگه های پر شده درخواست کالا از طرف واحدها

ب) خروجی Output :

- خرید/ تحویل کالای درخواست شده به بخش.

- اسناد مالی

ج) محدوده فرآیند Scope : واحد پشتیبانی، داروخانه، آشپزخانه، انبار، اتاق های عمل، مسئول واحد تامین پروتز، مسئول واحد ها / بخش های بیمارستان

د) صاحبان فرآیند Owner : مدیر پشتیبانی، رئیس بخش مدیریت دارویی، کارشناس مسئول تغذیه، کارشناس مسئول پروتز

ه) نحوه پایش و اندازه گیری Monitoring : پایش از طریق محاسبه و تحلیل شاخص های مربوطه طی فواصل زمانی تعیین شده انجام می گیرد.

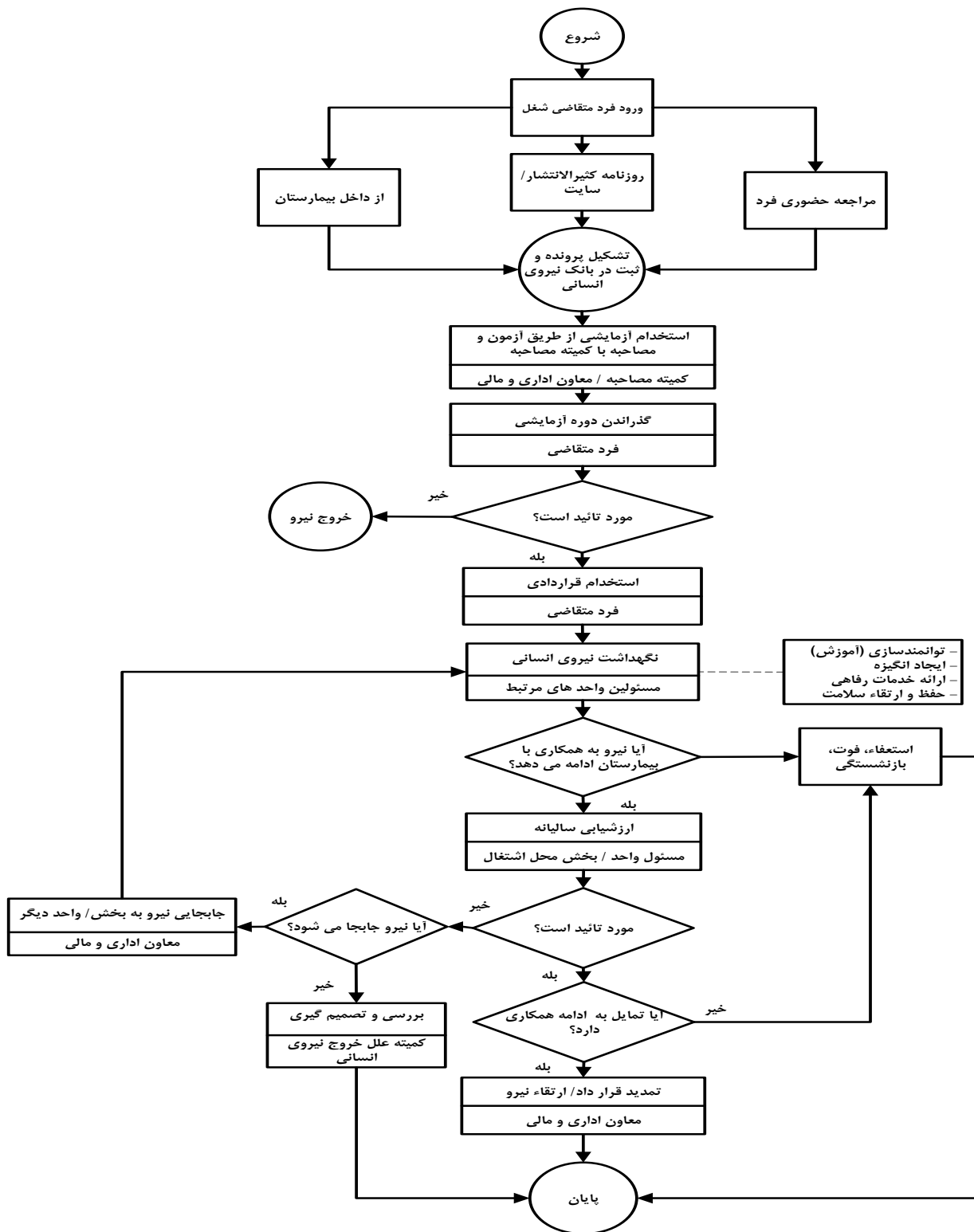
و) شاخص ها Indicators :

- درصد تامین کالای مصرفی

ز) مسئول فرآیند / متولی Custodian : معاون اداری و مالی

ح) توضیحات: -

فلوچارت فرآیند:



راهنمای فرآیند:

الف) ورودی Input:

الف-۱- منابع:

الف-۱-۱- نیروی انسانی: فرد متقاضی شغل، کارگزین، مشاور مدیر عامل، مسئول واحد درخواست کننده نیرو.
الف-۱-۲- منابع مالی: هزینه های پرسنلی

۱) مستندات:

الف-۲-۱- دستور العمل:

محور مدیریت و رهبری - (الف-۷) زیر محور مدیریت منابع انسانی

➤ حفاظت از فیزیک پرونده های پرسنلی و کارکنان و صیانت از محرمانگی اطلاعات با کد سند W-HR-01
محور پیشگیری و بهداشت - (الف-۶) زیر محور پیشگیری و کنترل عفونت

➤ استفاده ایمن از وسایل حفاظت فردی با توجه به نوع مراقبت با کد سند W-IC-01
الف-۲-۲- روش های اجرایی:

محور مدیریت خدمات پرستاری - (ج-۲) زیر محور مدیریت مراقبت های پرستاری

➤ نحوه تشویق و کنترل های انضباطی کارکنان پرستاری با کد سند P-NM-02

ب) خروجی Output: جذب / ارتقاء / جابجایی و یا خروج نیروی انسانی

ج) محدوده فرآیند Scope: تمامی بخش ها و واحدها

د) صاحبان فرآیند Owner: معاون اداری و مالی، مدیر طرح و برنامه، مدیر منابع انسانی، کارشناس مسئول رفاه، مسئول واحد/ بخش ها

ه) نحوه پایش و اندازه گیری Monitoring: پایش از طریق محاسبه و تحلیل شاخص های مربوطه طی فواصل زمانی تعیین شده انجام می گیرد

و) شاخصها Indicators:

- درصد جذب به خروج نیرو
- درصد ثبات نیرو
- درصد رضایتمندی کارکنان

کد فرآیند: C-QI-08

ویرایش: ۰۱

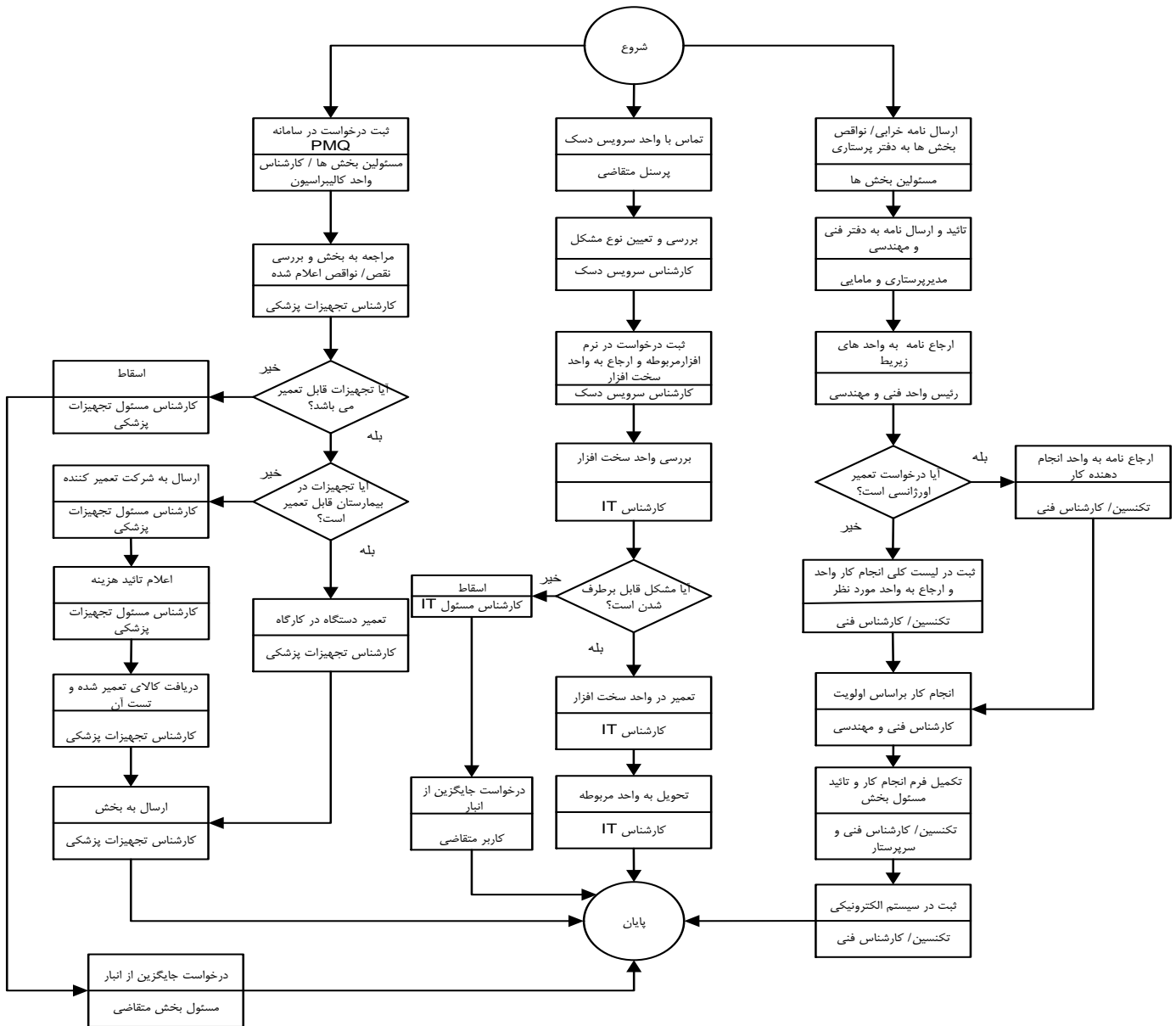
فرآیند جذب تا خروج نیروی انسانی



- میانگین ارزیابی عملکرد کارکنان
 - درصد خرابی تجهیزات بدلیل کاربری ناصحیح
 - تعداد مواجهه شغلی کارکنان
- ز) مسئول فرآیند / متولی Custodian: مدیر امور اداری**

ح) توضیحات: -

فلوجارت فرآیند:



راهنمای فرآیند:

الف) ورودی Input:

الف-۱- منابع:

الف-۱-۱- نیروی انسانی: تکنسین/ کارشناس فنی و مهندسی، کارشناس تجهیزات پزشکی، کارشناس IT، کارپرداز

الف-۱-۲- منابع مالی: هزینه های پرسنلی، هزینه های تامین قطعات، هزینه های خرید تجهیزات جدید

(۲) مستندات:

الف-۲- دستورالعمل:

محور مدیریت و رهبری- (الف-۵) زیر محور مدیریت خطر حوادث و بلاها

➤ راهبری ایمن سیستم های الکتریکی و مکانیکی با کد سند W-RM-01

➤ کنترل عملکرد ژنراتورها و سیستم های تامین کننده برق اضطراری با کد سند W-RM-03

محور مدیریت دارو و تجهیزات- (د-۲) زیر محور مدیریت تجهیزات پزشکی

➤ نگهداری و به روزرسانی شناسنامه تجهیزات پزشکی کد سند W-ME-01

محور مدیریت خدمات پاراکلینیک- (و-۱) زیر محور مدیریت آزمایشگاه

➤ کنترل کیفی ابزار پایه (حداقل شامل فتومتر، ترازو، سمپلر، تجهیزات برودتی و گرمایشی) با کد سند W-LM-15

الف-۲-۲- روش های اجرایی:

محور مدیریت و رهبری- (الف-۵) زیر محور مدیریت خطر حوادث و بلاها

➤ نگهداشت گرمایش، سرمایش و تهویه بیمارستان با کد سند P-RM-02

محور مدیریت دارو و تجهیزات – (د-۲) زیر محور مدیریت تجهیزات پزشکی

➤ سرویس، مدیریت سرویس ها و بازدیدهای دوره ای (pm) تجهیزات پزشکی با کد سند P-ME-02

➤ کنترل کیفی تجهیزات پزشکی یا آزمون کالیبراسیون با کد سند P- ME-03

محور مدیریت اطلاعات سلامت – (ز-۲) زیر محور فناوری اطلاعات

➤ پشتیبانی از سیستم های نرم افزاری و سخت افزاری بیمارستان با کد سند P-IT-02

(ب) خروجی Output :

- اسناد مالی

- تجهیزات / کالای تعمیر شده، اسقاط شده و خریداری شده

(ج) محدوده فرآیند Scope : تمامی بخش ها و واحدها

(د) صاحبان فرآیند Owner : مسئول بخش / واحد ها، رئیس امور فناوری اطلاعات، رئیس تجهیزات پزشکی، رئیس واحد فنی و مهندسی، مدیر

پرستاری و مامایی

(ه) نحوه پایش و اندازه گیری Monitoring : پایش از طریق محاسبه و تحلیل شاخص های مربوطه طی فواصل زمانی تعیین شده انجام می گیرد.

(و) شاخص ها Indicators :

- میانگین مدت زمان صرف شده جهت تعمیرات کالای سرمایه ای

(ز) مسئول فرآیند / متولی Custodian : معاون اداری و مالی

(ح) توضیحات: -