

ح-۲) تسهیلات و حمایت‌ها



ح-۲) تسهیلات و حمایت‌ها

ح	۲	۱	محرمانگی اطلاعات بیماران در بیمارستان رعایت می‌شود.
دست‌آورد استاندارد ■ پیشگیری از عوارض اجتماعی و خانوادگی برای بیماران ■ مدیریت اطلاعات محرمانه درمانی بیماران			

سنجه ۱. روش اجرایی «حفظ محرمانگی و تعیین سطح دسترسی افراد مجاز به اطلاعات بیماران» با حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان از آن اطلاع داشته و به آن عمل می‌کنند.

سطح سنجه		الزامی ■	اساسی ■	ایده آل ■
روش ارزیابی		گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	تدوین روش اجرایی	بررسی مستند		
۲	مشارکت صاحبان فرآیند* در تدوین روش اجرایی	مصاحبه		
۳	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند		
۴	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند		
۵	تعیین مسئول انجام هر یک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند		
۶	نحوه تعیین کارکنان و رده‌های شغلی مجاز دارای دسترسی به اطلاعات بیماران در روش اجرایی	بررسی مستند		
۷	نحوه تعیین سطح دسترسی کارکنان مجاز به اطلاعات بیماران در روش اجرایی	بررسی مستند		
۸	نحوه تعیین همراهان مجاز در دسترسی به اطلاعات محرمانه بیماران در روش اجرایی	بررسی مستند		
۹	نحوه صیانت از اطلاعات بیماران با رعایت قوانین شرعی و مدنی در روش اجرایی	بررسی مستند		
۱۰	اطلاع رسانی روش اجرایی به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی	بررسی مستند		
۱۱	آگاهی کارکنان مرتبط از روش اجرایی	مصاحبه		
۱۲	تأمین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده		
۱۳	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با روش اجرایی تدوین شده از تاریخ ابلاغ	مشاهده		

توضیحات:

*انتخاب با تشخیص بیمارستان

هدایت کننده: کمیته اخلاق پزشکی و رفتار حرفه‌ای، رؤسای بخش‌های بالینی، مسئول مدیریت اطلاعات سلامت

سنجه ۲. بیمارستان استفاده از هرگونه علائم یا نوشته ای که تشخیص بیماری و یا سایر اطلاعات درمانی را آشکار کند، ممنوع کرده و تیم مدیریت اجرایی بر رعایت آن نظارت می‌کند.

سطح سنجه		الزامی ☐	اساسی ☒	ایده آل ☐
گام اجرایی / ملاک ارزیابی		روش ارزیابی		
۱	اطلاع رسانی به تمام بخش های بالینی در مورد ممنوعیت آشکارسازی اطلاعات درمانی بیمار*	بررسی مستند و مصاحبه		
۲	آگاهی کارکنان بخش های بالینی نسبت به ممنوعیت آشکارسازی تشخیص اطلاعات درمانی بیماری	مصاحبه		
۳	رعایت محرمانگی اطلاعات، اعم از تشخیص های احتمالی یا قطعی بیماری	مشاهده و مصاحبه		
۴	نظارت تیم مدیریت اجرایی بر رعایت و انطباق عملکرد کارکنان با ممنوعیت آشکار سازی اطلاعات درمانی بیمار	بررسی مستند و مصاحبه		

توضیحات:

*تشخیص بیماری و سایر اطلاعات درمانی در روی جلد پرونده بیمار و تابلوی موجود در بالین بیمار ممنوع است. توصیه ۱. با توجه به الزام حفاظت از اطلاعات درمانی بیمار و آگاهی او یا ولی قانونی او از تشخیص های احتمالی/ قطعی لازم است تمامی نکات ایمنی در گفتار کارکنان، تابلوها و جلد پرونده بیمار توسط سرپرستاران و رؤسای بخش نظارت و مراقبت شود. توصیه ۲. در صورت درخواست همراهان بیمار (در صورتیکه یکی از همراهان بیمار پزشک/ پیراپزشک و یا سایر رشته های وابسته به گروه پزشکی است و تقاضای پرونده بیمار را می‌کند) جهت مطالعه محتوای پرونده صرفاً با اعلام رضایت بیمار یا ولی قانونی او موافقت شود. نحوه اخذ رضایت به صورت خصوصی و نامحسوس باشد که موجب عوارض روحی و حاشیه ای برای بیمار نشود.

هدایت کننده: رؤسا و سرپرستاران بخش های بالینی

ح	۲	۲	کنترل استفاده از تلفن همراه توسط کارکنان در قسمت‌های مختلف بیمارستان انجام می‌شود.
دست‌آورد استاندارد افزایش تمرکز کارکنان در رسیدگی به بیماران بدحال ایجاد فضای آرام‌بخش در محیط‌های حساس و پرخطر بیمارستان			

سنجه ۱. شرایط استفاده از تلفن همراه توسط کارکنان بالینی و غیر بالینی در شیفت‌های موظف کاری از سوی تیم مدیریت اجرایی تدوین و ابلاغ شده است و کارکنان از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌کنند.			
سطح سنجه ☐ الزامی ☒ اساسی ☐ ایده آل			
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
بررسی مستند	۱ ابلاغ شرایط استفاده از تلفن همراه توسط کارکنان بالینی و غیر بالینی در بخش‌های مختلف توسط رییس / مدیرعامل*		
مصاحبه	۲ آگاهی کارکنان از شرایط استفاده از تلفن همراه در بخش‌ها / واحدها		
مشاهده و مصاحبه	۳ رعایت شرایط ابلاغی استفاده از تلفن همراه توسط کارکنان بالینی و غیر بالینی در بخش‌های مختلف		

توضیحات: *محدودیت‌های استفاده از تلفن همراه در سراسر بیمارستان با تعیین حدود آن در بخش‌هایی که منجر به تضییع حقوق گیرنده خدمت می‌شود باید تعیین و توسط ریاست بیمارستان به تمامی بخش‌ها ابلاغ شود. ❖ محدودیت استفاده از تلفن همراه در بخش‌های بالینی به معنی ممنوعیت نیست.	
هدایت کننده: تیم مدیریت اجرایی، رؤسا و سرپرستاران بخش‌ها، مسئولان واحدها	

سنجه ۲. ورود تلفن همراه در داخل فضاهای درمانی بخش‌های ویژه بیمارستان و اتاق عمل، کت لب ممنوع است و سرپرستار بخش بر اجرای صحیح آن نظارت می‌کند.

سطح سنجه		الزامی ☐	اساسی ☒	ایده آل ☐
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی			
مشاهده	۱ اطلاع رسانی به کارکنان* در خصوص ممنوعیت ورود تلفن همراه در داخل فضاهای درمانی بخش‌های ویژه، اتاق عمل و کت لب			
مصاحبه	۲ آگاهی کارکنان* در خصوص ممنوعیت ورود تلفن همراه در داخل فضاهای درمانی بخش‌های ویژه، اتاق عمل و کت لب			
مشاهده و مصاحبه	۳ رعایت عدم استفاده از تلفن همراه در بالین بیماران در داخل فضاهای درمانی بخش‌های ویژه، اتاق عمل و کت لب**			

توضیحات:

* کارکنان بخش‌های ویژه، اتاق عمل و کت لب
 ** استفاده از تلفن همراه صرفاً در اتاق‌های استراحت بخش‌های ویژه، اتاق عمل و کت لب در موارد ضروری و مطابق با رعایت سنجه ۲ استاندارد ب-۱-۸ مراقبت‌های عمومی بالینی جهت تعیین جانشین مجاز است.

هدایت کننده: رئیس/ مدیرعامل بیمارستان، رؤسا و سرپرستاران بخش‌های ویژه، اتاق عمل و کت لب

ح	۲	۳	بیمارستان از ارائه خدمات، منطبق بر موازین شرعی، قانونی و اصول حرفه‌ای پزشکی اطمینان حاصل می‌کند.
---	---	---	--

دستآورد استاندارد

حفظ حریم خصوصی، بیمار، امنیت روانی، افزایش رضایتمندی

رعایت موازین شرعی و اصول حرفه ای پزشکی در ارائه خدمات

سنجه ۱. خط مشی و روش «رعایت و حفظ حریم خصوصی گیرنده خدمت» با رعایت حداقل های مورد انتظار و مشارکت بیماران و خانواده آنها تدوین شده، و کارکنان از آن آگاهی داشته و به آن عمل می کنند.

سطح سنجہ	الزامی ☐	اساسی ☒	ایده آل ☐
استاندارد مرتبط	آموزش ☐	ایمنی بیمار ☐	☒ ہتھلنگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند	۱ تدوین خط مشی و روش
بررسی مستند	۲ شناسایی صاحبان فرایند و ذینفعان در تدوین خط مشی و روش
بررسی مستند	۳ رعایت همسویی با سیاست های اصلی بیمارستان
بررسی مستند	۴ شناسایی امکانات و کارکنان مرتبط
بررسی مستند	۵ ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی
بررسی مستند	۶ تعیین مسئول انجام هر یک از سطوح روش اجرایی
بررسی مستند	۷ پیش بینی نحوه محفوظ نمودن فضای اطراف هر تخت در اتاق های عمومی در روش اجرایی
بررسی مستند	۸ پیش بینی پوشش مناسب بیمار با رعایت فرهنگ عفاف و حجاب در اتاق بستری یا زمان جابجایی بیمار در روش اجرایی
بررسی مستند	۹ نحوه ورود کارکنان به محل استقرار محفوظ بیماران (اتاق / پاروان) در روش اجرایی
بررسی مستند	۱۰ نحوه رسیدگی به درخواست بیمار و خانواده آنها درخصوص افزایش حدود حریم و رعایت اعتقادات آنها در روش اجرایی
بررسی مستند	۱۱ نحوه تعیین حضور افراد مجاز با رعایت قوانین انطباق در حریم خصوصی بیمار در روش اجرایی
بررسی مستند	۱۲ ابلاغ فایل الکترونیک خط مشی و روش
مصاحبه	۱۳ آگاهی کارکنان بالینی درخصوص خط مشی و روش
مشاهده	۱۴ تأمین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
مشاهده	۱۵ انطباق عملکرد کارکنان با خط مشی و روش از تاریخ ابلاغ

هدایت کننده: کمیته اخلاق پزشکی و رفتار حرفه‌ای، مدیر بیمارستان، رؤسای بخش‌های بالینی، مدیر پرستاری، سرپرستاران

سنجه ۲. پوشش بیماران در طول مدت دریافت خدمات تشخیصی، درمانی و مراقبتی باید براساس تأمین امنیت روانی بیمار و حفظ حریم او و رعایت موازین شرعی، اخلاق پزشکی و متناسب با خدمات تخصصی است.

سطح سنجه	☐ الزامی ☒ اساسی ☐ ایده آل
استاندارد مرتبط	☐ آموزش ☐ ایمنی بیمار ☒ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
مشاهده و مصاحبه	۱ رعایت پوشش بیمار* متناسب با خدمات تخصصی و موازین شرعی و اخلاق پزشکی در طول مدت دریافت خدمات تشخیصی، درمانی و مراقبتی

توضیحات:

* بر اساس استانداردهای ملی پوشش بیماران، در طول مدت دریافت خدمات تشخیصی، درمانی و مراقبتی در بخش‌های مختلف به ویژه (اتاق عمل، ریکاوری، بخش‌های ویژه، تصویربرداری، آنژیوگرافی و هنگام جابجایی بین بخش‌ها)، پوشش بیمار شامل (سایز، تمیزی و آراستگی) باید امنیت روانی بیمار را تأمین کرده و حریم خصوصی وی حفظ گردد، به نحوی که مناطقی از بدن بیمار که در مراحل فوق نیاز به مداخله ندارند، پوشانده بماند.

هدایت کننده: معاون درمان، مدیر بیمارستان، مدیر پرستاری، رؤسای بخش‌های بالینی، سرپرستاران

سنجه ۳. ارائه خدمات تشخیصی، درمانی و مراقبتی به بیماران با رعایت موازین انطباق، توسط کارکنان همگن و با رعایت احترام به شان و منزلت انسانی خدمت گیرندگان انجام می‌شود. به ویژه در مواردی که بیمار دچار کاهش سطح هوشیاری است و خود بیمار یا همراه وی درخواست می‌کند، به نحوی که مانعی برای کمک رسانی فوری به گیرنده خدمت نشود، رعایت این موازین مد نظر قرار گرفته می‌شود.

سطح سنجه	الزامی ☐ اساسی ☒ ایده آل ☐
استاندارد مرتبط	آموزش ☐ ایمنی بیمار ☒ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر ☐
گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	ارایه خدمات تشخیصی، درمانی و مراقبتی به بیماران توسط کارکنان همگن*
۲	جایگزینی کارکنان همگن در اولین فرصت پس از رفع شرایط تهدید کننده حیات بیمار**

توضیحات:

- * در صورت کمبود نیروی انسانی همگن بیمارستان ترتیبی اتخاذ می‌کند که حداقل، در بیماران دچار کاهش سطح هوشیاری، یا هر گونه مراقبت و درمان نافی حریم بیمار و یا به درخواست بیمار / همراه وی، توسط پرسنل همگن انجام می‌شود.
- ** در فرآیند ارزیابی حداقل موارد ذیل ارزیابی خواهد شد:
- در معایناتی که بر حسب ضرورت و یا در مواقع اورژانسی توسط افراد غیر همگن انجام می‌شود حضور یک نفر محرم (یا معتمد بیمار بنا به درخواست وی) یا کارکنان فنی هم جنس ضروری است.
- کارکنان همگن در بخش‌های زنان و زایمان و اورولوژی
- استفاده از کارکنان همگن در پروسیجرهای خاص مانند (گذاشتن سوند، shaving، سونوگرافی‌های واژینال، یوروگرافی، باریم انما، هیسترو سالپینگو گرافی، ماموگرافی)
- مراقبت از بیماران بخش‌های ویژه توسط همگن
- استفاده بیمار بر همگن در همه انتقال‌های بین بخشی و درون بخشی (در انتقال به بخش‌های کلینیکی و یا پاراکلینیک)
- بررسی رعایت استفاده از کارکنان همگن در شیفت‌های عصر و شب

هدایت کننده: کمیته اخلاق پزشکی و رفتار حرفه‌ای، روسای بخش‌های بالینی، مدیر پرستاری، سرپرستاران

سنجه ۴. نیازهای عبادی گیرندگان خدمت توسط پرستاران هر بخش شناسایی و تسهیلات لازم برای ایشان فراهم می‌شود.

سطح سنجه	الزامی ☐ اساسی ☒ ایده آل ☐
استاندارد مرتبط	آموزش ☐ ایمنی بیمار ☒ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر ☐
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	شناسایی ادیان و مذاهب مختلف گیرنده خدمت و نیازهای عبادی مربوطه توسط پرستاران هر بخش
۲	اطلاع رسانی به بیماران جهت انجام فرایض دینی*
۳	تأمین امکانات لازم شامل قبله نما، ترالی تیمم، امکانات برگزاری نماز در اتاق بستری**
۴	وجود مسجد / نماز خانه به تفکیک (خانم / آقا) در محوطه بیمارستان و اطلاع رسانی به بیمار / همراه
۵	شناسایی و تأمین امکانات الزامی جهت فرایض مذهبی سایر ادیان و اطلاع رسانی به بیمار / همراه

توضیحات:

* امکان برقراری ارتباط با روحانیون یا آگاهان دینی جهت پاسخگویی به سوالات شرعی بیماران / همراهان فراهم شود.
 ** حداقل شامل سجاده نماز، مهر، زیرانداز، قرآن، در صورت درخواست بیماران کم توان مساعدت کارکنان در ادای فرایض دینی.

هدایت کننده: مدیر بیمارستان، مدیر پرستاری، سرپرستاران، کمیته اخلاق پزشکی و رفتار حرفه‌ای

سنجه ۵. دستورالعمل «نحوه حفاظت از اموال گیرنده خدمت» تدوین شده، کارکنان از آن آگاهی داشته و براساس آن عمل می‌کنند و در این خصوص به بیماران اطلاع رسانی می‌شود.

سطح سنجه	الزامی ☐ اساسی ☒ ایده آل ☐
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	تدوین دستورالعمل
۲	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
۳	تأمین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط
۴	اطلاع رسانی دستورالعمل به کارکنان مرتبط با استفاده از فایل الکترونیکی
۵	آگاهی کارکنان مرتبط از دستورالعمل
۶	انطباق عملکرد کارکنان مرتبط با دستورالعمل از تاریخ ابلاغ

هدایت کننده: مدیر بیمارستان، مدیر پرستاری، سرپرستاران، مسئول حراست

ح	۲	۴	بیمارستان از گروه‌های آسیب پذیر و جمعیت‌های در معرض خطر، حمایت می‌کند.
---	---	---	--

دست‌آورد استاندارد

■ حمایت از مراجعین آسیب پذیر و در معرض خطر به صورت برنامه ریزی شده

■ کاهش عوارض و خطاهای پزشکی در بیماران در معرض خطر و مجهول الهویه

سنجه ۱. خط مشی و روش «حمایت از گروه‌های آسیب پذیر و جمعیت‌های در معرض خطر» با حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و بر اساس آن عمل می‌کنند.

سطح سنجه			الزامی □ اساسی ● ایده آل □
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
بررسی مستند	۱	تدوین خط مشی و روش*	
بررسی مستند	۲	شناسایی صاحبان فرایند و ذینفعان در تدوین خط مشی و روش	
بررسی مستند	۳	رعایت همسویی با سیاست‌های اصلی بیمارستان	
بررسی مستند	۴	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	
بررسی مستند	۵	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	
بررسی مستند	۶	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	
بررسی مستند	۷	تعیین فهرست گروه‌های آسیب پذیر و جمعیت‌های در معرض خطر احتمالی به بیمارستان در روش اجرایی	
بررسی مستند	۸	پیش بینی شیوه‌های شناسایی گروه‌های آسیب پذیر و جمعیت‌های در معرض خطر در روش اجرایی	
بررسی مستند	۹	پیش بینی نحوه حمایت از گروه‌های آسیب پذیر و جمعیت‌های در معرض خطر در روش اجرایی	
مشاهده	۱۰	ابلاغ فایل الکترونیک خط مشی و روش	
مصاحبه	۱۱	آگاهی کارکنان بالینی درخصوص خط مشی و روش	
مشاهده	۱۲	تأمین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	
مشاهده	۱۳	انطباق عملکرد کارکنان با خط مشی و روش از تاریخ ابلاغ	

توضیحات:

*کودکان، زنان باردار، افراد ناتوان، سالمندان، بیماران روانی، معلولان ذهنی و جسمی، افراد بدون سرپرست و مجهول الهویه شایع‌ترین گروه‌های آسیب پذیر و جمعیت‌های در معرض خطر هستند.

هدایت کننده: کمیته اخلاق پزشکی و رفتار حرفه‌ای، رؤسای بخش‌های بالینی، مدیر پرستاری، سرپرستاران

سنجه ۲. خط مشی و روش «نحوه ارائه خدمات به بیماران مجهول الهویه» بر اساس قوانین و مقررات و حداقل‌های مورد انتظار تدوین شده و کارکنان از آن آگاهی دارند و بر اساس آن عمل می‌کنند.

سطح سنجه			الزامی ☐	اساسی ☒	ایده آل ☐
گام اجرایی / ملاک ارزیابی			روش ارزیابی		
۱	تدوین خط مشی و روش*	بررسی مستند			
۲	شناسایی صاحبان فرایند و ذینفعان در تدوین خط مشی و روش	بررسی مستند			
۳	رعایت همسویی با سیاست‌های اصلی بیمارستان	بررسی مستند			
۴	شناسایی منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	بررسی مستند			
۵	ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان روش اجرایی	بررسی مستند			
۶	تعیین مسئول انجام هریک از سطوح روش اجرایی	بررسی مستند			
۷	نحوه شناسایی بیماران تا زمان تعیین هویت قبل از انجام هرگونه خدمات تشخیصی و درمانی در روش اجرایی	بررسی مستند			
۸	تعیین حمایت‌های اختصاصی مانند تعیین همراه داوطلب و سایر حمایت‌های مراقبتی در روش اجرایی	بررسی مستند			
۹	نحوه پی‌گیری قانونی جهت احراز هویت بیماران مجهول الهویه در روش اجرایی	بررسی مستند			
۱۰	ابلاغ فایل الکترونیک خط مشی و روش	بررسی مستند			
۱۱	آگاهی کارکنان بالینی درخصوص خط مشی و روش	مصاحبه			
۱۲	تأمین منابع، امکانات و کارکنان مرتبط	مشاهده			
۱۳	انطباق عملکرد کارکنان با خط مشی و روش از تاریخ ابلاغ	مشاهده			

هدایت کننده: کمیته اخلاق پزشکی و رفتار حرفه‌ای، رؤسای بخش‌های بالینی، مدیر پرستاری، سرپرستاران، مسئول حراست، مسئول مدیریت اطلاعات سلامت

ح	۲	۵	تسهیلات و امکانات مورد نیاز همراهان و مراجعین به بیمارستان ارائه می‌شود.
دستورالعمل استاندارد افزایش رضایتمندی بیماران / همراهان ارتقای هتلینگ بیمارستان			

سنجه ۱. در صورت نیاز بیمار به همراه، امکانات اقامت، برای ایشان فراهم می‌شود.			
سطح سنجه	الزامی ☐ اساسی ☒ ایده آل ☐		
استاندارد مرتبط	آموزش ☐ ایمنی بیمار ☒ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر ☐		
روش ارزیابی		گام اجرایی / ملاک ارزیابی	
۱	وجود فرآیند شناسایی همراهان بیمار مانند کارت همراه*	بررسی مستند و مشاهده	
۲	تأمین امکانات اقامت برای همراه بیمار	مشاهده و مصاحبه	

توضیحات: * یا هر روش دیگر به تشخیص بیمارستان ** امکانات اقامت حداقل شامل وجود تخت خواب همراه یا مبل تخت خواب شو توصیه . وجود مهمانسرا در بیمارستان یا امکان رزرو هتل در نزدیکی بیمارستان برای همراهان بیمار به خصوص در بیمارستان‌های ریفرا ل	
هدایت کننده: مدیر بیمارستان، مدیر پرستاری، سرپرستاران	

سنجه ۲. امکانات رفاهی لازم برای مراجعین و همراهان فراهم می‌شود.

سطح سنجه	الزامی ☒ اساسی ☒ ایده آل ☐
استاندارد مرتبط	آموزش ☐ ایمنی بیمار ☒ هتلینگ ☐ دوستدار مادر ☐ دوستدار کودک ☐ ارتقاء سلامت ☐ سایر ☐
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
مشاهده	۱ وجود مبلمان شهری مناسب (نیمکت) در محوطه
مشاهده	۲ وجود آلاچیق و فضای استراحت برای مراجعین
مشاهده	۳ وجود وسایل بازی کودک در محوطه ی بیمارستان (برای استفاده عیادت کنندگان)
مشاهده	۴ وجود دستگاه خودپرداز فعال
مشاهده	۵ وجود کیوسک تلفن عمومی
مشاهده	۶ فعالیت فروشگاه خرید مواد غذایی و بوفه
مشاهده	۷ وجود حداقل یک نوع غذای سرد و آب جوش
مشاهده	۸ ارائه صبحانه های گرم و سرد به همراهان
مشاهده	۹ امکان سرو حداقل دو نوع غذای گرم تازه و با کیفیت در وعده های نهار و شام برای همراهان بیمار
مشاهده	۱۰ وجود آبدارخانه بهداشتی و تأمین آب جوش یا سرو نوشیدنی های گرم (چای) برای همراهان حداقل ۳ بار در شبانه روز

توضیحات:

* بر اساس استانداردهای هتلینگ ابلاغی وزارت بهداشت

هدایت کننده: مدیر بیمارستان، مسئول ساختمان، مسئول مدیریت غذایی

ح	۲	۶	اقدامات، تسهیلات و امکانات لازم برای بیمارانی که مراحل پایانی زندگی را می‌گذرانند، اختصاص داده می‌شود.
---	---	---	--

دستآورد استاندارد
■ حمایت از خانواده بیماران در حال احتضار و ترویج ارزش‌های انسانی
■ تداوم تکریم و ارج نهادن به مفهوم انسانی بیماران

سنجه ۱. کارکنان درمانی شرایطی فراهم می‌کند که گیرنده خدمت در حال احتضار، در آخرین لحظات زندگی خویش از مصاحبت و همراهی افرادی که مایل به دیدارشان است برخوردار شود.

سطح سنجه	☐ الزامی ☒ اساسی ☐ ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	ایجاد فرصت مصاحبت و حضور خانواده بیماران در حال احتضار * مشاهده و مصاحبه

توضیحات:
* مصاحبت با افرادی که بیمار مایل به دیدارشان است و ایجاد فرصت ملاقات برای خانواده بیمار، حتی در ساعات غیر ملاقات.

هدایت کننده: کمیته اخلاق پزشکی و رفتار حرفه‌ای، رؤسا و سرپرستاران بخش های بالینی

سنجه ۲. کارکنان درمانی براساس اصول حرفه ایی، اخلاق پزشکی و پرستاری، ضمن تأمین آسایش سایر بیماران اقدامات لازم را برای بیمارانی که مراحل پایانی زندگی را می‌گذرانند در حد امکانات و شرایط انجام می‌دهند.

سطح سنجه	☐ الزامی ☒ اساسی ☐ ایده آل
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
۱	آگاهی کارکنان بخش های درمانی بالینی/ خدماتی در خصوص چگونگی برخورد با بیماران در حال احتضار بررسی مستند و مصاحبه
۲	فراهم کردن فضای مجزا و مناسب و سایر اقدامات به منظور تأمین آسایش بیمار در حال احتضار* مشاهده

توضیحات:
* حداقل شامل حفظ حریم خصوصی از طریق اختصاص اتاق جداگانه، انتقال بیمار از یک اتاق به اتاق دیگر، ایجاد فضای مجزا از طریق پاراوان یا پرده و هم چنین ایجاد شرایط ویژه از جمله رعایت آداب و رسوم شعایر دینی و ایجاد محیطی آرام برای بیمار و خانواده.

هدایت کننده: مدیر پرستاری، سرپرستاران

بیمارستان به گیرنده خدمت حق می‌دهد تا از پزشک دیگری نظرخواهی نماید.

۷

۲

ح

دستورالعمل استاندارد

پاسخگویی به نیازهای بیماران و اطمینان بخشی به آنها در خصوص کیفیت روند درمان و مراقبت

سنجه . در صورت درخواست گیرنده خدمت، سرپرستار بخش با همکاری دفتر پرستاری با اطلاع و موافقت پزشک معالج تسهیلاتی را برای فراهم کردن امکان نظرخواهی از پزشکان دیگر (داخل یا خارج بیمارستان) مهیا کرده و در صورت تأیید پزشک معالج دستورات ایشان اجرا می‌شود.

سطح سنجه

☐ الزامی

☒ اساسی

☐ ایده آل

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
مشاهده	۱ اطلاع رسانی و آگاهی پرستاران از روند نظرخواهی از سایر پزشکان: به غیر از پزشک معالج، در صورت درخواست بیمار
بررسی مستند	۲ هماهنگی سرپرستار با پزشک معالج و اخذ موافقت او در خصوص نظرخواهی از سایر پزشکان بنا بر درخواست بیمار
مصاحبه	۳ پس از موافقت پزشک معالج هماهنگی سرپرستار با مدیریت پرستاری در خصوص حضور پزشک مورد نظر بیمار جهت نظرخواهی
بررسی مستند	۴ انجام ویزیت مشورتی پزشک دوم
مصاحبه	۵ گزارش دستورات پزشک دوم به پزشک معالج پیش از انجام دستورات
مصاحبه	۶ اجرای دستورات پزشک دوم در صورت تأیید پزشک معالج:*

توضیحات:

*پزشکان دیگر در داخل / خارج بیمارستان به غیر از پزشک معالج
 **مسئولیت قانونی سلامت بیمار و روند درمان بر عهده پزشک معالج است. لذا در صورت درخواست بیمار جهت نظرخواهی از پزشک دوم صرفاً جنبه مشورتی داشته و در صورت تأیید پزشک معالج دستورات او قابل اجرا است. مگر آنکه بیمار در سرویس پزشک دوم قرار گیرد.

هدایت کننده: معاون درمان، مدیر پرستاری، رؤسای بخش های بالینی، سرپرستاران

ح	۲	۸	بیمارستان در صورت درخواست گیرنده خدمت، تصویر تمام اطلاعات ثبت شده در پرونده بالینی را دسترس وی قرار می‌دهد.
---	---	---	---

دست‌آورد استاندارد پاسخگویی به نیازهای بیماران در خصوص مستندات پزشکی

سنجه . در صورت درخواست بیمار/ولی قانونی او، تصویر کاغذی/ فایل الکترونیکی اطلاعات و مستندات مربوط به پرونده و نتایج اقدامات پاراکلینیک، در اختیار آنها قرار داده می‌شود (مسئول مدارک پزشکی بر اجرای این سنجه نظارت می‌کند).

سطح سنجه		الزامی ☐	اساسی ☒	ایده آل ☐
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی			
مصاحبه	۱ آگاهی کارکنان واحد مدیریت اطلاعات سلامت، درخصوص تحویل تصویر مستندات پرونده و نتایج اقدامات پاراکلینیک به بیمار			
بررسی مستند	۲ تحویل تصویر کاغذی/ فایل الکترونیکی اطلاعات و مستندات مربوط به پرونده و نتایج پاراکلینیک در صورت درخواست بیمار/ ولی قانونی			
مصاحبه	۳ نظارت بر اجرا و رعایت مراحل مذکور جهت تحویل دریافت تصویر مستندات پرونده توسط مسئول واحد مدیریت اطلاعات سلامت			

هدایت کننده: کمیته مدیریت اطلاعات سلامت و فن آوری اطلاعات، مسئول مدیریت اطلاعات سلامت

بیمارستان رضایت گیرنده خدمت را مورد سنجش و تحلیل قرار می‌دهد.

۹

۲

ح

دستورالعمل استاندارد

آگاهی از عملکرد واقعی بیمارستان از نگاه گیرندگان خدمت

فرصت بازنگری و ارتقای رضایت بیماران و همراهان آنها

سنجه ۱. در فواصل زمانی معین و حداقل فصلی، رضایت بیماران و همراهان از بخش‌های مختلف بستری و سرپایی، از طریق پرسشنامه‌ای که روایی و پایایی آن تأیید شده است، مورد سنجش قرار می‌گیرد.

سطح سنجه

☐ الزامی

☒ اساسی

☐ ایده‌آل

روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی
بررسی مستند	۱ تدوین پرسشنامه پایا و روا* سنجش رضایت بیماران و همراهان در دو فرم مستقل
بررسی مستند	۲ رضایت سنجی از بیماران حداقل سه ماه یک بار (فصلی) با محوریت دفتر بهبود کیفیت**
بررسی مستند	۳ رضایت سنجی از همراهان حداقل شش ماه یکبار با محوریت دفتر بهبود کیفیت
بررسی مستند و مصاحبه	۴ بررسی نتایج رضایت سنجی بیماران و همراهان در کمیته پایش و سنجش کیفیت
بررسی مستند و مصاحبه	۵ گزارش تحلیلی نتایج رضایت سنجی*** بیماران و همراهان به تیم مدیریت اجرایی توسط مسئول بهبود کیفیت

توضیحات:

* لازم است روایی و پایایی پرسشنامه مذکور توسط دفتر بهبود کیفیت بررسی و توسط کمیته پایش و سنجش تصویب شود.
 ** به منظور حذف هرگونه تداخل منافع لازم است ارزیابان مستقل بکار گرفته شوند و پس آموزش آنها توسط دفتر بهبود نسبت به نظر سنجی واقعی بیماران و همراهان اقدام کنند و در این فرآیند هرگونه عوامل مداخله کننده که نظر بیمار را تحت تأثیر قرار دهد کنترل شود (مانند حضور کارکنان در زمان نظرسنجی، مهارت ارتباطی پرسشگر و تأکید او بر محرمانگی و بی نام بودن فرم‌ها) پرسشگران از بین کارکنان اداری و یا خارج از بیمارستان (داوطلبین) انتخاب شوند.

*** حداقل متوسط رضایت کلی، متوسط رضایت در هر محور/ پرسش، رضایت کلی در هر بخش و رضایت در هر محور/ پرسش، در هر بخش و مقایسه نتایج کلی و محور به محور در بخش‌های مختلف و در نهایت شناسایی موارد بحرانی و موفق، به عنوان گزارش نهایی به تیم مدیریت اجرایی ارائه می‌شود. همچنین اعضای کمیته پایش و سنجش پیشنهادات اصلاحی خود را پیوست تحلیل نتایج ارائه می‌کنند.

هدایت کننده: تیم مدیریت اجرایی، کمیته پایش و سنجش کیفیت

سنجه ۲. تیم مدیریت اجرایی گزارش تحلیلی رضایت سنجی از گیرندگان خدمت و یا همراهان آنها را بررسی و در صورت لزوم مداخلات اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت را تعیین و ابلاغ می‌کند و بر اجرای آن نظارت می‌کند.

سطح سنجه			الزامی ☐	اساسی ☒	ایده آل ☐
گام اجرایی / ملاک ارزیابی			روش ارزیابی		
۱	بررسی گزارش تحلیلی نتایج رضایت سنجی بیماران و همراهان در جلسات تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستند و مصاحبه			
۲	تصویب اقدام اصلاحی / تدوین و ابلاغ برنامه بهبود کیفیت توسط تیم مدیریت اجرایی بر اساس گزارش تحلیلی رضایت مندی	بررسی مستند و مصاحبه			
۳	نظارت تیم مدیریت اجرایی بر اجرای مصوبات اصلاحی	بررسی مستند و مصاحبه			

هدایت کننده: تیم مدیریت اجرایی، رؤسای بخش‌های بالینی، سرپرستاران، مسئولان واحدهای پشتیبانی

ح ۲ ۱۰ نظام کارآمد رسیدگی به شکایات، انتقادات و پیشنهادات در بیمارستان وجود دارد.

دستورالعمل استاندارد

- پاسخگویی به شکایات و نارضایتی‌های بیماران و خانواده آنها
- استفاده از نظرات و پیشنهادات بیماران و همراهان، در مسیر تعالی خدمات
- استفاده از نظرات و پیشنهادات کارکنان، در مسیر تعالی خدمات
- افزایش اعتماد گیرندگان خدمت از طریق رسیدگی به موقع به شکایات

سنجه ۱. فرآیند نحوه اعلام شکایات، انتقادات و پیشنهادات با ذکر نام صاحبان فرآیند تدوین و در محلی قابل رؤیت، حداقل در واحد پذیرش، بخش اورژانس، حسابداری و سالن‌های انتظار، در معرض دید گیرندگان خدمت نصب شده است. کارکنان نسبت به این فرآیند آگاهی داشته و مطابق آن عمل می‌کنند.

سطح سنجه		الزامی	اساسی	ایده آل
روش ارزیابی		گام اجرایی / ملاک ارزیابی		
۱	تدوین فرآیند نحوه اعلام و بررسی شکایت / انتقادات و پیشنهادات با ذکر نام صاحبان فرآیند به صورت فلوچارت ساده و قابل فهم			بررسی مستند
۲	نصب فرآیند مذکور حداقل در واحد پذیرش، اورژانس، حسابداری و سالن‌های انتظار و در معرض دید گیرندگان خدمت*			مشاهده
۳	آگاهی کارکنان بیمارستان از فرآیند شکایت / انتقادات و پیشنهادات اعلام شده			مصاحبه
۴	عملکرد کارکنان بر اساس فرآیند شکایت / انتقادات و پیشنهادات اعلام شده			مشاهده و مصاحبه

توضیحات:

*اندازه آن حداقل A3 باشد و در معرض دید نصب شود.
توصیه. فرآیند نحوه اعلام و بررسی شکایت / انتقادات و پیشنهادات در کنار صندوق‌های رسیدگی به شکایات نیز نصب شود.

هدایت کننده: مدیربیمارستان، کمیته سنجش و پایش کیفیت، مسئول واحد رسیدگی به شکایات / مسئول متناظر آن در بیمارستان

سنجه ۲. دفتر بهبود کیفیت با مشارکت مسئول واحد رسیدگی به شکایت / مسئول معادل، گزارش تحلیل ریشه ای نارضایتی بیمار، خانواده و کارکنان را حداقل سه ماهه تهیه و پس از بررسی و تأیید کمیته پایش و سنجش کیفیت به تیم مدیریت اجرایی گزارش می‌دهد.

سطح سنجه		الزامی ☒ اساسی ☐ ایده آل ☐
روش ارزیابی	گام اجرایی / ملاک ارزیابی	
بررسی مستند	جمع آوری و تحلیل ریشه ای موارد شکایات، انتقادات و پیشنهادات بیمار، خانواده و کارکنان توسط دفتر بهبود کیفیت با مشارکت مسئول واحد رسیدگی به شکایت / مسئول معادل، حداقل هر سه ماه یکبار *	۱
بررسی مستند و مصاحبه	گزارش تحلیلی و جمع بندی نتایج موارد شکایات، انتقادات و پیشنهادات بیمار، خانواده و کارکنان به کمیته پایش و سنجش کیفیت توسط مسئول بهبود کیفیت و مسئول واحد رسیدگی به شکایت / مسئول معادل، حداقل هر سه ماه یکبار	۲
بررسی مستند	بررسی گزارش تحلیلی در کمیته پایش سنجش کیفیت و ارائه پیشنهادات اصلاحی / تدوین برنامه بهبود کیفیت به تیم مدیریت اجرایی توسط اعضای کمیته پایش و سنجش کیفیت	۳
بررسی مستند و مصاحبه	ارائه گزارش مصوبات کمیته پایش و سنجش کیفیت در خصوص گزارش تحلیلی و جمع بندی نتایج موارد شکایات، انتقادات و پیشنهادات بیمار، خانواده و کارکنان به تیم مدیریت اجرایی توسط مسئول بهبود کیفیت	۴

توضیحات:

*این بازه زمانی (سه ماهه) به منظور تحلیل سیستماتیک مجموع پیشنهادات و شکایات واصله است. اما دفتر رسیدگی به شکایت / مسئول معادل آن در بیمارستان موظف است بلافاصله پس از دریافت شکایات حضوری نسبت به طبقه بندی و اولویت بندی اقدام و به صورت آنی، فوری، درالویت اول و در نوبت رسیدگی طبقه بندی و پس از هماهنگی با مسئولان مربوط، نتایج را به متقاضی گزارش کند.

توصیه. رسیدگی به شکایت های آنی به صورت حضور بلافاصله ای در صحنه و پی گیری میدانی انجام شود. رسیدگی به شکایت های فوری حداقل به صورت تلفن بلافاصله ای پی گیری شود و در موارد با الویت اول تا پایان روزکاری و سایر موارد حسب حساسیت موضوع برنامه ریزی و بر همین اساس به شکایت کننده نوبت پی گیری مجدد اعلام شود.

هدایت کننده: تیم مدیریت اجرایی، کمیته پایش و سنجش کیفیت، دفتر بهبود کیفیت

سنجه ۳. تیم مدیریت اجرایی با مشارکت صاحبان فرآیند مرتبط با شکایتهای وارده در صورت لزوم اقدام اصلاحی / برنامه بهبود / بازنگری فرآیندها به عمل آورده و در صورت وجود خسارت، نسبت به جبران آن اقدام و از متقاضی حمایت می‌کند.

سطح سنجه		الزامی ☐	اساسی ☒	ایده آل ☐
گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی			
۱	بررسی گزارش کمیته پایش و سنجش کیفیت در خصوص شکایات، انتقادات و پیشنهادات بیمار، خانواده و کارکنان توسط تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستند		
۲	تدوین اقدام اصلاحی / برنامه بهبود / بازنگری فرآیندها در صورت لزوم توسط تیم مدیریت اجرایی با مشارکت صاحبان فرآیند *	بررسی مستند		
۳	شناسایی موارد منجر به خسارات به گیرندگان خدمت / کارکنان و اقدام در راستای جبران خسارت توسط تیم مدیریت اجرایی	بررسی مستند		

توضیحات: * به طور مثال در بررسی شکایت مرتبط با بخش اورژانس باید در جلسه رسیدگی و تصمیم گیری تیم مدیریت اجرایی نماینده این بخش حضور داشته باشد.

هدایت کننده: تیم مدیریت اجرایی، مسئولان و رؤسای بخش‌ها / واحدها

سنجه ۴. نحوه اجرای استانداردهای حقوق گیرنده خدمت توسط کمیته اخلاق پزشکی ارزیابی و در صورت لزوم با مشارکت تیم مدیریت اجرایی اقدام اصلاحی / برنامه بهبود کیفیت تدوین و اجرا می‌شود.

سطح سنجه		الزامی ☐	اساسی ☒	ایده آل ☐
گام اجرایی / ملاک ارزیابی	روش ارزیابی			
۱	ارزیابی داخلی محور حقوق گیرنده خدمت طبق برنامه اعلامی از سوی دفتر بهبود کیفیت توسط اعضای کمیته اخلاق پزشکی *	بررسی مستند		
۲	اخذ تصمیمات اصلاحی / تدوین برنامه بهبود کیفیت در پیاده سازی استانداردهای حقوق گیرنده خدمت در جلسه مشترک تیم مدیریت اجرایی و اعضای کمیته اخلاق پزشکی در بازه زمانی خود ارزیابی‌های اعتباربخشی: *	بررسی مستند		

توضیحات:

* با توجه به اهمیت این محور تولید خود ارزیابی این محور به کمیته اخلاق پزشکی سپرده شود.
 ** طبق سنجه ۱ از استاندارد الف - ۳ - ۶ محور بهبود کیفیت از مدیریت و رهبری.

هدایت کننده: کمیته اخلاق پزشکی و رفتار حرفه‌ای با مشارکت مدیریت اجرایی