راهنمای ارزیابی ایمنی بیمار

ویرایش سوم

۳

مؤسسه ملی تحقیقات سلامت
جمهوری اسلامی ایران

جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

بهار ۱۴۰۲

“This translation was not created by the World Health Organization (WHO). WHO is not responsible for the content or accuracy of this translation. The original English edition shall be the binding and authentic edition”.

بسم الله الرحمن الرحيم

عنوان و نام پدیدآور	:	راهنمای ارزیابی ایمنی بیمار/ [نویسنده سازمان بهداشت جهانی، دفتر منطقه مدیترانه شرقی] ؛ مترجمین فرناز مستوفیان ... [و دیگران] ؛ زیر نظر سعید کریمی، حسن واعظی، علی اکبری‌ساری. ؛ [برای] موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، سازمان بهداشت جهانی.
مشخصات نشر	:	تهران: الوند پویان، ۱۴۰۲.
مشخصات ظاهری	:	[۲۰۰] ص.: : جدول.
شابک	:	978-622-7036-72-5
وضعیت فهرست نویسی	:	فیپا
یادداشت	:	عنوان اصلی:.Patient safety assessment manual,3rd ed,2020
یادداشت	:	مترجمین فرناز مستوفیان، ژاله عبدی، الهام احمدنژاد، سهند ریاضی.
موضوع	:	پزشکی -- خدمات -- کنترل کیفی -- ارزشیابی -- دستنامه‌ها .Medical care -- Quality control -- Evaluation-- Handbooks, manuals, etc پزشکی -- خدمات -- استانداردها Medical care -- Standards اشتباه‌های پزشکی -- پیشگیری -- ارزشیابی -- دستنامه‌ها Medical errors -- Prevention -- Evaluation-- Handbooks, manuals, etc. ایمنی بیمار -- استانداردها Patient Safety -- Standards ارزیابی نتایج (مراقبت‌های پزشکی) Outcome assessment (Medical care) بیمارستان‌ها -- پیش‌بینی‌های ایمنی-- دستنامه‌ها .Hospitals -- Safety measures-- Handbooks, manuals, etc
شناسه افزوده	:	مستوفیان، فرناز، ۱۳۴۰-، مترجم
شناسه افزوده	:	کریمی، سعید، ۱۳۵۶ -
شناسه افزوده	:	واعظی، حسن، ۱۳۵۷-
شناسه افزوده	:	اکبری ساری، علی، ۱۳۴۹ -
شناسه افزوده	:	سازمان بهداشت جهانی. دفتر منطقه‌ای شرق مدیترانه
شناسه افزوده	:	World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean
شناسه افزوده	:	موسسه ملی تحقیقات سلامت جمهوری اسلامی ایران
شناسه افزوده	:	ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
شناسه افزوده	:	Iran. Ministry of Health and Medical Education
شناسه افزوده	:	سازمان بهداشت جهانی
شناسه افزوده	:	World Health Organization
رده بندی کنگره	:	RA۹۶۹/۹
رده بندی دیویی	:	۳۶۳/۲
شماره کتابشناسی ملی	:	۹۲۶۹۲۳۳
اطلاعات رکورد کتابشناسی	:	فیپا

عنوان کتاب: راهنـــمای ارزیابی ایمنـــی بیمار (ویرایش سوم)

مترجمین: فرناز مستوفیان، دکتر ژاله عبدی، دکتر الهام احمدنژاد، دکتر سهند ریاضی

زیر نظر: دکتر سعید کریمی، دکتر حسن واعظی و دکتر علی اکبری ساری

شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۷۰۳۶-۷۲-۵

طراحی و صفحه‌آرایی: محمد علائی پور

تیراژ: ۲۰۰۰ جلد

نوبت چاپ: اول - ۱۴۰۲

قیمت: این کتاب رایگان می‌باشد.

راهنمای ارزیابی ایمنی بیمار

ویرایش سوم

مترجمین

فرناز مستوفیان

دکتر ژاله عبدی

دکتر الهام احمدنژاد

دکتر سهند ریاضی

زیر نظر

دکتر سعید کریمی، دکتر حسن واعظی و

دکتر علی اکبری ساری

جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

مؤسسه ملی تحقیقات سلامت

جمهوری اسلامی ایران

بهار ۱۴۰۲

جهت استفاده از مطالب کتاب حاضر از آدرس استنادی زیر استفاده فرمایید:

مستوفیان فرناز، عبدی ژاله، احمدنژاد الهام، ریاضی سهند. زیر نظر: کریمی سعید، واعظی حسن و اکبری ساری علی. **ترجمه راهنمای ایمنی بیمار (ویرایش سوم).** بهار ۱۴۰۲. مؤسسه ملی تحقیقات سلامت. قابل دسترس در: nih.tums.ac.ir/item/1328

هزینه چاپ مجلد حاضر توسط سازمان جهانی بهداشت تأمین شده است.

فهرست محتوی

پیشگفتار مدیر منطقه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت الف

پیشگفتار ویرایش سوم ب

پیشگفتار معاون درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ج

پیشگفتار رییس مؤسسه ملی تحقیقات سلامت د

تقدیر و تشکر هـ

واژه‌نامه ی

مقدمه ۱

مرور اجمالی ۱

ارزیابی بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار ۳

بخش اول. مرور اجمالی چارچوب بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار ۵

بیمارستان ۵

تفسیر استانداردها ۵

مقیاس امتیازدهی ۸

ارزیابان ۹

ارزیابی و سطح تحقق استانداردها ۱۰

گسترش برنامه در سطح ملی ۱۱

بخش دوم. استانداردهای چارچوب بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار ۲۳

حیطه A: رهبری و مدیریت ۲۴

حیطه B: مشارکت بیماران و جامعه ۶۲

حیطه C: استانداردهای خدمات بالینی ایمن و مبتنی‌بر شواهد ۹۵

حیطه D: محیط ایمن ۱۳۹

حیطه E: آموزش مداوم ۱۶۳

بخش سوم. ابزار ارزیابی چارچوب بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار ۱۶۹

پیشگفتار ۱۶۹

الف. بیمارستان در یک نگاه ۱۶۹

ب. لیست مستندات ۱۷۰

۱. حیطه A: رهبری و مدیریت ۱۷۰

۲. حیطه B: مشارکت بیماران و جامعه ۱۷۳
۳. حیطه C: خدمات بالینی ایمن و مبتنی‌بر شواهد ۱۷۴
۴. حیطه D: محیط ایمن ۱۷۶
۵. حیطه E: آموزش مداوم ۱۷۷
ج. راهنمای مشاهده ۱۷۸
۱. موارد عمومی ۱۷۹
۲. تسهیلات محیطی و فضای بستری ۱۸۰
۳. ایمنی در برابر آتش‌سوزی ۱۸۱
۴. آزمایشگاه و بانک خون ۱۸۲
۵. تصویربرداری ۱۸۳
۶. اتاق‌های عمل و واحدهای استریلیزاسیون مرکزی ۱۸۴
۷. داروخانه ۱۸۵
۸. مدارک پزشکی ۱۸۶
د. مصاحبه‌ها و برنامه بازدید حضوری ۱۸۷
دستور کار پیشنهادی ارزیابی ۱۸۷
سؤالات کلیدی برای مصاحبه ۱۹۱
مصاحبه با مسئول ایمنی بیمار ۱۹۱
مصاحبه با مدیریت بیمارستان ۱۹۱
مصاحبه با مسئول ایمنی بیمار ۱۹۲
مصاحبه با مسئول پیشگیری و کنترل عفونت (IPC) ۱۹۴
مصاحبه با بیماران ۱۹۵
مصاحبه با مدیر بانک خون ۱۹۵
مصاحبه با مسئول مدارک پزشکی ۱۹۶
مصاحبه با مسئول بهداشت حرفه‌ای و ایمنی محیط ۱۹۶
مصاحبه با مدیر بالینی / کادر پزشکی ۱۹۷
مصاحبه با مدیر پرستاری ۱۹۸
مصاحبه با مسئول ارتقای حرفه‌ای کارکنان ۱۹۹
مصاحبه با مدیر بالینی/کادر پزشکی ۱۹۹
قالب گزارش ۲۰۱

پیشگفتار مدیر منطقه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت

ایمنی بیمار یک اصل بنیادی کیفیت است که در برنامه‌های جهانی سلامت هم مورد توجه ویژه قرار گرفته است. ایمنی بیمار یک ضرورت مهم برای استقرار نظام‌های سلامت تاب‌آور است که می‌توانند با ارائه خدمات سلامت باکیفیت نیازهای مردم را تأمین کند. این موضوع با دو رویکرد در هفتاد و دومین قطعنامه مجمع جهانی سلامت در ماه می سال ۲۰۱۹ (۱۳۹۸ شمسی) مورد تأکید قرار گرفت: (۱) ارائه قطعنامه اقدام جهانی برای ایمنی بیمار (WHA72.6)؛ و (۲) نام‌گذاری روز ۱۷ سپتامبر به‌عنوان روز جهانی ایمنی بیمار.

در صورتی‌که مراقبت از بیماران مبتنی‌بر شواهد نباشد به این معنی که ارائه خدمت با تأخیر، ناکارا، غیرعادلانه و با کیفیت پایین صورت گیرد، بیماران ممکن است در معرض آسیب قرار بگیرند، و بار مالی مضاعفی به بیمار و خانواده ایشان تحمیل شود. این موضوع که خدمات غیرایمن سلامت هنوز هم در کشورهای با درآمد کم و متوسط سالانه منجر به رخداد ۱۳۴ میلیون واقعه ناخواسته و حدود ۲/۶ میلیون مرگ می‌شوند، غیرقابل باور است. شواهد نشان می‌دهد که در منطقه مدیترانه شرقی، تا ۱۸ درصد موارد بستری بیمارستان با واقعه ناخواسته همراه هستند که ۸۰ درصد از این موارد قابل پیشگیری هستند. توجه شما را به این نکته مهم جلب می‌کنیم که خدمات سلامت غیرایمن نه تنها باعث آسیب بیمار می‌شود، بلکه منجر به اتلاف منابع و بی‌اعتمادی مردم نسبت به نظام‌های سلامت شده و سرعت دستیابی به پوشش همگانی سلامت را در سطح ملی، منطقه‌ای و جهانی با کُندی مواجه می‌کند.

به دلایل مذکور، سازمان جهانی بهداشت ایمنی بیمار را به‌عنوان یک راهبرد کلی بهبود کیفیت و ایمنی خدمات سلامتی در منطقه در اولویت قرار داده است. برنامه بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار یکی از مداخلات کلیدی این سازمان است که در سال ۲۰۱۱ (۱۳۹۰ شمسی) با انتشار ویرایش اول «راهنمای ارزیابی ایمنی بیمار» کلید خورد. این برنامه‌سازمان جهانی بهداشت، در ویرایش‌های بعدی تبدیل به چارچوب بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار گردید، که هدف آن ترویج ایمنی بیمار به‌عنوان یک اصل مهم ارائه خدمت در بیمارستان‌ها می‌باشد. برنامه بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار، مجموعه‌ای از چارچوب‌ها و استانداردهای جامع است که با استفاده از آنها یک بیمارستان می‌تواند خدمات ایمن‌تری برای بیماران ارائه کند. این چارچوب که عملکرد بیمارستان را از منظر ایمنی بیمار ارزیابی می‌کند، منجر به ظرفیت‌سازی کارکنان در این زمینه می‌گردد و جامعه و بیماران را به‌طور فعال در ارتقای ایمنی خدمات سلامت مشارکت می‌دهد.

ایمنی بیمار یک‌چرخه مداوم است و یادگیری روزانه اتفاق می‌افتد و لذا باید در مواجهه با چالش‌های جدید برای اجرای چارچوب، انعطاف‌پذیر باشیم. ویرایش حاضر در اوایل سال ۲۰۱۹ (۱۳۹۸ شمسی) انجام شد، و این در شرایطی بود که پاندمی کووید-۱۹ الگوی ارائه خدمات سلامت را به‌طور مشخصی تغییر داد؛ و با وجودی که این چارچوب تمام موارد کلیدی ضروری را در برمی‌گیرد، برای این که مدیریت پاندمی کووید-۱۹ و موارد مشابه در این چارچوب گنجانده شوند، لازم است سطح استانداردها بالا برده شوند. استانداردهای ایمنی بیمار لازم است در نظام سلامت تمام کشورهای منطقه مدیترانه شرقی نهادینه و اجرا شوند.

امیدوارم ویرایش حاضر به‌عنوان مرجعی ارزشمند برای ظرفیت‌سازی مناسب در این زمینه مورد استفاده سازمان‌های مرتبط از جمله وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مراکز دانشگاهی و کارشناسان حوزه سلامت باشد.

دکتر احمد المنظری
مدیر منطقه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت

پیشگفتار ویرایش سوم

ویرایش نخست دستورالعمل ارزیابی ایمنی بیمار در سال ۲۰۱۱ (۱۳۹۰ شمسی) منتشر شد. این ویرایش در سال ۲۰۱۵ (۱۳۹۴ شمسی) مورد بازبینی قرار گرفت و ویرایش دوم آن در سال ۲۰۱۶ (۱۳۹۵ شمسی) منتشر شد. در این دستورالعمل، مجموعه‌ای از استانداردها ارائه شده است که شامل حیطه‌های مختلف ایمنی بیمار است. جمع‌آوری اطلاعات مربوط به استانداردها به‌طور مداوم صورت می‌گیرد و روش‌های کنونی ارائه خدمات سلامت و بهترین مداخلات مبتنی‌بر شواهد را منعکس می‌کنند. معیارهای ارزیابی دستورالعمل هر سه الی چهار سال یک‌بار مورد بازبینی قرار می‌گیرند.

تعداد کل معیارها در ویرایش حاضر (ویرایش سوم) ۱۳۴ معیار است و تعداد آنها در ویرایش دوم ۱۳۹ معیار بود. در ویرایش سوم برخی از استانداردها با هم ادغام شده و تبدیل به یک استاندارد واحد شده‌اند و برخی دیگر از نظر نگارشی ویراستاری شده‌اند. همچنین چند استاندارد به دلیل اهمیت در نتیجه و پیامد درمان بیماران و با در نظرگرفتن میزان هم‌راستایی با برنامه سازمان جهانی بهداشت برای ترویج ایمنی بیمار اضافه گردیده‌اند. مجموعه کامل تغییرات در جدول ۶ ارائه شده است. دستورالعمل حال حاضر با مشارکت دفتر منطقه‌ای مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت و کارشناسان صاحب‌نظر منطقه تدوین شده است.

از طرف نویسندگان

پیشگفتار معاون درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

در دنیای کنونی، ارائه مراقبت‌های درمانی مطلوب جزء اصلی‌ترین اهداف نظام سلامت کشورها می‌باشد. در جمهوری اسلامی ایران نیز برخورداری آحاد جامعه از بالاترین سطح سلامت یکی از اهداف کلان کشور و از اهداف اختصاصی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است.

ارتقای ایمنی بیمار که چالش نظام سلامت در تمامی کشورهای دنیا محسوب می‌شود، از جمله مهم‌ترین عوامل مؤثر در افزایش کیفیت خدمات سلامتی است. ایمنی بیمار و راهکارهای آن که از جوانب و مؤلفه‌های خدمات سلامتی با کیفیت بالا و از محرک‌های اساسی در ارتقاء کیفیت خدمات سلامت می‌باشد، در صورتی‌که در قالب فرایندها، روال‌های جاری سازمان اجرایی گردد، می‌تواند مانع از بروز وقایع ناخواسته و خطاهای مشابه فردی و سیستمی در زمینه درمان‌های طبی و جراحی گردد که سبب مرگ‌ومیر، معلولیت پایدار و تحمیل خسارات مالی مستقیم و غیرمستقیم به مردم و نظام سلامت می‌شود.

علی‌رغم این که مراقبت غیرایمن، یک ویژگی ثابت از خدمات سلامت به‌شمار می‌رود، درمان و پیامد موفقیت‌آمیز آن برای هر بیمار علاوه‌بر میزان صلاحیت حرفه‌ای تک تک ارائه‌دهندگان خدمات سلامت به گستره‌ای از عوامل دیگر نیز بستگی دارد. از همین‌رو به‌منظور ارتقاء ایمنی بیمار و کاهش تبعات جانی و اقتصادی ناشی از آن، در سال‌های اخیر در وزارت بهداشت تلاشی گسترده با محوریت معاونت درمان به‌منظور نهادینه‌سازی استانداردهای ایمنی بیمار در بیمارستان‌های سراسر کشور شکل گرفت.

با رویکرد ارتقاء مستمر خدمات سلامت و نظر به اهمیت استقرار استانداردهای ایمنی بیمار در ارتقاء رضایتمندی بیماران، «ویرایش سوم ارزیابی بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار» را که به همت مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی معاونت درمان و با همکاری مؤسسه ملی تحقیقات سلامت تهیه شده است؛ به‌منظور بهره برداری به تمامی پزشکان و پرستاران خدوم و سخت‌کوش شاغل در بیمارستان‌های سراسر کشور که سهم عظیمی در ارتقاء کیفیت ارائه خدمات به عهده دارند، تقدیم می‌نمایم.

با توجه‌به این که، اولین گام در استمرار و تثبیت پیشرفت در زمینه ایمنی بیمار، توانمندسازی کارکنان خدمات سلامت در مراکز ارائه خدمات سلامت جهت دستیابی به باور، هنجارها و ارزش‌های مشترک در ارتباط با کیفیت و ایمنی می‌باشد و با امید آن که این تلاش مورد رضای حق تعالی و دعای خیر بیماران قرار گیرد، اینجانب با توجه به مسئولیت شرعی، اخلاقی و قانونی تک تک اجزای تشکیل‌دهنده بدنه نظام ارائه خدمات درمانی کشور در حفظ سلامت و ایمن داشتن بیماران از عوارض قابل پیشگیری خدمات در مراکز درمانی و با تأکید بر ضرورت و اهمیت به‌روزرسانی استانداردهای ایمنی بیمار در ارتقاء فرایند اثربخشی و ممیزی بالینی و اعتباربخشی ملی بیمارستان‌ها و مراکز ارائه خدمات سلامتی، از کلیه تلاشگران عرصه سلامت در کشور عزیزمان انتظار دارم با استفاده مطلوب از این مجلد، با رویکردی مسئولیت‌پذیرانه به مقوله ایمنی بیمار به‌عنوان یک اولویت در حوزه درمان کشور بنگرند و از هیچ کوششی در به‌کارگیری و ترویج آن فروگزار ننمایند؛ و با ارائه پیشنهادات خود در پر بارتر شدن مباحث مشارکت نمایند.

در خاتمه بر خود لازم می‌دانم از تمام همکارانی که با بذل بی‌شائبه توجه و وقت و تلاش بی حد در تهیه این کتاب قبول زحمت کرده‌اند، کمال تشکر و قدردانی را به‌عمل آورم.

دکتر سعید کریمی
معاون درمان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

پیشگفتار رییس مؤسسه ملی تحقیقات سلامت

تأمین، صیانت و ارتقاء سلامت افراد جامعه از طریق ارائه خدمات سلامتی مطلوب، هدف اصلی نظام‌های سلامت در سراسر دنیا است. ارائه خدمات ایمن به بیماران توأم با کیفیت مطلوب پیش نیاز تقویت نظام‌های سلامت در مسیر دستیابی به "پوشش همگانی سلامت" است. پوشش همگانی سلامت به معنای دسترسی به خدمات با کیفیت مناسب و دسترسی به داروهای اساسی و واکسن‌های ایمن، اثربخش، باکیفیت و در عین حال مقرون به‌صرفه توأم با حفاظت مالی است. ایمنی بیمار از منظر هزینه‌های بخش سلامت هم حائز اهمیت می‌باشد. ارائه خدمات ایمن به بیماران باعث کاهش هزینه صدمات و آسیب‌های وارده به بیماران و به تبع آن افزایش کارایی نظام‌های سلامت می‌گردد. همچنین ارائه خدمات ایمن، سبب جلب و افزایش اعتماد عمومی مردم و جامعه به بخش سلامت می‌گردد.

«برنامه بیمارستان‌های دوستدار ایمنی بیمار» یکی از مداخلات کلیدی سازمان جهانی بهداشت در منطقه است که هدف اصلی آن ترویج ایمنی بیمار به‌عنوان یک اصل مهم توأم با توانمندسازی بیمارستان‌ها و کارکنان در تأمین خدمات ایمن و مشارکت فعال بیماران و جامعه در ارتقای ایمنی خدمات سلامت است. این برنامه که با همت مرکز مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از سال ۱۳۹۰ در سطح بیمارستان‌های کشور در حال اجرا می‌باشد، سهم بسزایی در نهادینه‌سازی استانداردهای ایمنی بیمار و ارتقای فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان‌های سراسر کشور داشته است. ویرایش سوم این مجموعه از استانداردها که با تغییراتی نسبت به مجلدهای قبلی و با درنظر گرفتن آخرین تغییرات در نحوه ارائه خدمات سلامت و مداخلات مبتنی‌بر شواهد به همت دفتر سازمان جهانی بهداشت در منطقه مدیترانه شرقی تدوین شده است، هم‌اکنون توسط همکاران وزارت بهداشت و مؤسسه ملی تحقیقات سلامت و با حمایت دفتر کشوری سازمان جهانی بهداشت در جمهوری اسلامی ایران ترجمه شده است.

امید است پیاده‌سازی این مجموعه از استانداردها در بیمارستان‌ها و مراکز ارائه خدمات سلامت کشور با همت و توان والای مدیران بخش سلامت و ارائه‌دهندگان خدمات بتواند در ارتقای کیفیت خدمات، بهبود ایمنی بیمار و افزایش رضایت گیرندگان خدمات سلامت و مردم مؤثر و مفید باشد.

دکتر علی‌اکبری ساری
رییس مؤسسه ملی تحقیقات سلامت

تقدیر و تشکر

لازم است از همراهانی که با حمایت مالی، معنوی و علمی خود، ترجمه این مجلد را تسهیل نموده‌اند، تقدیر و تشکر نماییم:

جناب آقای دکتر جعفر حسین: نماینده سازمان جهانی بهداشت در جمهوری اسلامی ایران.

جناب آقای دکتر رضا گل پیرا: معاون توسعه و مدیریت منابع، مرکز آموزشی، درمانی و پژوهشی قلب شهید رجایی.

سرکار خانم شادرخ سیروس: مدیر بخش پوشش همگانی سلامت و نظام سلامت، دفتر کشوری سازمان جهانی بهداشت.

سرکار خانم دکتر مشیانه حدادی: مشاور سیاست‌گذاری سلامت، پوشش همگانی سلامت و نظام سلامت، دفتر کشوری سازمان جهانی بهداشت.

جناب آقای دکتر حمید رواقی: مشاور دفتر منطقه‌ای مدیترانه شرقی، سازمان جهانی بهداشت.

سرکار خانم سارا صفار پور: کارشناس مؤسسه ملی تحقیقات سلامت.

سرکار خانم محبوبه رحیمی: کارشناس مؤسسه ملی تحقیقات سلامت.

از خوانندگان محترم تقاضا می‌شود در صورت داشتن هرگونه پیشنهاد برای بهبود متن مجلد حاضر، مراتب را از طریق پست الکترونیک nihr@tums.ac.ir ارسال فرمایند.

مترجمین ویرایش سوم

واژه‌نامه

مسئولیت‌پذیری (Accountability): مسئولیت‌پذیری و نیاز به پاسخگویی در قبال وظایف و یا فعالیت‌ها. این مسئولیت ممکن است قابل‌واگذاری نباشد و باید برای همه ذینفعان شفاف باشد.

ممیزی (Audit): یک بررسی و بازنگری مستقل نظام‌مند است برای تعیین این‌که آیا فعالیت‌ها و نتایج واقعی با آنچه که برنامه‌ریزی شده مطابقت دارند یا خیر.

بهترین عملکرد (Best Practice): رویکردی که دارای نتایج برتر می‌باشد توسط فرایند سیستمی به‌عنوان الگو، نمونه و یا مورد موفق انتخاب می‌شود و پس از تغییر برای تطبیق در یک سازمان خاص به‌کار می‌رود.

بسته (Bundle): یک بسته که گاهی به‌عنوان بسته مراقبتی/(خدمت) نیز از آن یاد می‌شود، روشی ساختارمند برای بهبود فرایندهای خدمات و پیامدهای بیماران است: به زبان دیگر مجموعه‌ای از اقدامات مبتنی‌بر شواهد کوچک و ساده است.

مدیر اجرایی (Chief executive): شخصی که به نمایندگی از هیئت مدیره به مدیریت سازمان منصوب می‌شود. عناوین مختلف دیگری نیز ممکن است استفاده شوند، از جمله مدیرکل، مدیر اجرایی یا مدیر بیمارستان، مدیر ارشد اجرایی (مدیرعامل).

CLABSI: عفونت خونی مرتبط با کاتتر مرکزی (Central line-associated bloodstream infection).

حاکمیت بالینی (Clinical governance): چارچوبی که بیمارستان‌ها براساس آن مسئول نظارت مستمر و بهبود کیفیت خدمات و حفظ استانداردهای بالای مراقبت با ایجاد محیطی هستند که در آن مراقبت‌های بالینی متعالی شکوفا می‌شود.

کد رفتار حرفه‌ای (Code of conduct): مجموعه مستندی از اصول توافق شده است که همه افراد درگیر را از مسئولیت‌ها و انتظارات تحت آن آگاه می‌کند.

جامعه (Community): افراد، خانواده‌ها، گروه‌ها و سازمان‌هایی که معمولاً در یک محل زندگی می‌کنند.

شایستگی و صلاحیت (Competency): دانش، مهارت، توانایی، رفتار، تجربه و تخصص برای توانایی انجام یک کار و فعالیت خاص.

محرمانگی (Confidentiality): حق افراد برای جلوگیری از افشای اطلاعات مربوط به خود.

حاکمیت سازمانی / اجرایی (Corporate governance): چارچوبی از قوانین و روش‌های اجرایی است که به‌موجب آن یک هیئت مدیره/مدیر اجرایی (CEO) پاسخگویی، عدالت و شفافیت را در رابطه سازمان با ذینفعان تضمین می‌کند.

فرهنگ (Culture): نگرش‌ها، باورها و ارزش‌های مشترکی که گروه یا گروه‌هایی از مردم را تعریف می‌کنند و ادراکات و رفتارها را شکل داده و تحت‌تأثیر قرار می‌دهند.

سیستم کنترل مستندات (Document control system): یک سیستم برنامه‌ریزی شده برای کنترل انتشار، تغییر و استفاده از مستندات مهم در سازمان، به‌ویژه در مورد خط‌مشی و روش‌های اجرایی است.

DVT (Deep venous thrombosis): ترومبوز وریدی عمقی.

اخلاق (Ethics): مجموعه‌ای از اصول پذیرفته شده که رفتار حرفه‌ای و اخلاقی را هدایت می‌کند.

اهداف (Goals): بیانیه‌های گسترده‌ای که نتایجی را که یک سازمان به دنبال آن است، توصیف می‌کند و جهت تصمیم‌گیری‌ها و فعالیت‌های روزمره را معین می‌کند.

HAI (Hospital-acquired infection): عفونت‌های اکتسابی از بیمارستان.

ICD-10,ICD-11 (International Classification of Diseases): طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها، ویرایش‌های ۱۰ و ۱۱.

علم بهبود (Improvement science): علم بهبود در مورد یافتن چگونگی بهبود و ایجاد تغییرات به مؤثرترین روش است. این علم در مورد بررسی نظام‌مند برای یافتن بهترین روش‌ها و عواملی است که منجر به بهبود کیفیت می‌شوند.

حوادث (Incidents): رویدادهایی غیرمعمول و غیرمنتظره هستند که ممکن است دارای مخاطره یا تأثیر منفی بر مشتریان، گروه‌ها، کارکنان یا سازمان باشند.

اطلاعات (Information): داده‌هایی که سازماندهی، تفسیر و استفاده شده‌اند و ممکن است کاغذی یا الکترونیکی باشند.

رضایت آگاهانه (Informed consent): اطلاعاتی که به بیماران داده می‌شود تا اطمینان حاصل شود که تمام خطرات، مزایا و عوارض جانبی احتمالی قبل از انجام هرگونه پروسیجر درمانی و بیهوشی توضیح داده شده است.

مدیریت اطلاعات (Information management) : جمع‌آوری، مدیریت و توزیع اطلاعات.

IPC (Infection prevention and control): پیشگیری و کنترل عفونت.

KPI (Key performance indicators): شاخص‌های کلیدی عملکرد.

مأموریت (Mission): بیانیه مکتوبی است که هدف و حوزه فعالیت سازمان را بیان می‌کند.

هدف (Objective): هدفی اختصاصی که اگر سازمان بخواهد به اهداف کلان خود برسد باید این هدف حاصل شده باشد.

آموزش توجیهی (Orientation): فرایندی که طی آن کارکنان با نقش و محیط کاری جدید آشنا می‌شوند.

برنامه عملیاتی (Operations plan): برنامه‌ای که چگونگی عملیاتی‌شدن برنامه استراتژیک را سالانه مشخص می‌کند. این برنامه، برنامه سالانه نیز نامیده می‌شود.

PE (Pulmonary embolism): آمبولی ریه.

خط‌مشی (Policy): بیانیه عملیاتی مکتوب که وظایف سازمان را به شکلی رسمی با اهداف سازمان همسو و هم جهت می‌نماید.

چند دارویی (Polypharmacy): به تجویز مزمن هم‌زمان چندین دارو گفته می‌شود که می‌تواند با میزان بالایی از واکنش‌های ناخواسته دارویی، عمدتاً ناشی از تداخلات دارو با دارو (توانایی یک دارو برای تغییر اثر یا فعالیت داروی دیگر که به‌طور متوالی یا هم‌زمان تجویز شده است)، همراه باشد.

روش اجرایی (Procedure): مجموعه‌ای از دستورالعمل‌های مکتوب که گام‌های مورد تأیید و توصیه شده را برای یک اقدام یا مجموعه‌ای از اقدامات خاص بیان می‌کند.

فرایند (Process): مجموعه‌ای از اقدامات یا گام‌هایی که برای دستیابی به یک هدف خاص انجام می‌شود.

PSFHF (Patient Safety Friendly Hospital Framework): چارچوب بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار.

طرح بهبود کیفیت (Quality improvement plan): طرحی که برنامه‌های مربوط به بهبود کیفیت، از جمله اقدامات پیشنهادی، جدول زمانی و افراد مسئول را مشخص می‌کند.

پژوهش (Research): افزودن به مجموعه دانش موجود، با هدف کشف و تفسیر حقایق از طریق انجام تحقیقات.

خطر (Risk): احتمال خسارت، مرگ؛ و یا آسیب‌دیدن.

مدیریت خطر (Risk management): فرایندی نظام‌مند برای شناسایی، ارزیابی و انجام اقدامات برای پیشگیری یا مدیریت خطرات بالینی، اداری، اموال، و سلامت و ایمنی شغلی در سازمان.

چارچوب مدیریت خطر (Risk management framework): مجموعه‌ای از اجزا که پایه و الزامات سازمانی را برای طراحی، اجرا، نظارت، بررسی و بهبود مستمر مدیریت خطر در سازمان فراهم می‌کند.

SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation): وضعیت، پیشینه، ارزیابی، توصیه. تکنیکی که می‌تواند برای تسهیل ارتباط سریع و مناسب استفاده شود.

برنامه راهبردی (Strategic plan): یک برنامه رسمی که اهداف کلی سازمان را تعیین می‌کند.

ارزیابی (Survey): مرور همتایان خارج از سازمان که عملکرد سازمان را بر اساس مجموعه‌ای از استانداردهای توافق شده می‌سنجد.

ارزیاب (Surveyor): فردی خارج از سازمان از گروه همتایان که عملکرد سازمان را بر اساس استانداردهای مورد توافق مورد مرور همتایان قرار می‌دهد

UHC (Universal health coverage): پوشش همگانی سلامت.

UTI (Urinary tract infection): عفونت دستگاه ادراری.

VAP (Ventilator-associated pneumonia): پنومونی مرتبط با ونتیلاتور.

ارزش‌ها (Values): اصول، باورها یا گزاره‌های فلسفی که رفتارها را هدایت می‌کنند و ممکن است شامل مسائل اجتماعی یا اخلاقی باشند.

چشم‌انداز یا دورنما (Vision): بیانیه‌ای شامل اهداف سازمان که برای هدایت تصمیمات داخلی آن سازمان استفاده می‌شود.

WHO (World Health Organization): سازمان جهانی بهداشت.

مقدمه

مرور اجمالی

ایمنی بیمار به‌عنوان یک حق انسانی مطرح است و اصل اساسی در خدمات سلامت محسوب می‌شود، اما با گذشت ۲۰ سال از انتشار گزارش "انسان ممکن الخطا است"[1] آمارها حاکی از آن است که پیشرفت بسیار کمی در این زمینه صورت‌گرفته است. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، با توجه به رخداد ۴۲۱ میلیون بستری سالیانه در بیمارستان که منجر به آسیب به حدود ۱۰ درصد از آنان می‌شود، ایمنی بیمار در حال حاضر بار بالایی در سطح جهان دارد. در منطقه مدیترانه شرقی، این آسیب به ۱۸ درصد می‌رسد، و این در حالی است که حدود ۸۳ درصد از این وقایع قابل پیشگیری هستند. گزارش "انسان ممکن الخطا است"، مسئولیت ایمنی بیمار را بر دوش متخصصان و کارشناسان حوزه سلامت گذارد و آنها را به چالش کشید تا خطاهای پزشکی را در مدت پنج سال تا ۵۰ درصد کاهش دهند. در حالی که موفقیت‌های کوچکی در زمینه‌های عفونت‌های بیمارستانی و ایمنی دارویی مشاهده شده است، متأسفانه هنوز ارائه‌کنندگان خدمات سلامت به اندازه کافی از اشتباهات خود درس نگرفته‌اند و تعداد آسیب‌های رخداده بسیار زیاد است و این در حالی هست که بسیاری از این آسیب‌ها قابل پیشگیری هستند.

تحقیقات زیادی در خصوص اثربخشی مداخلات ارتقای ایمنی بیمار وجود دارد. با این‌حال، مطالعات پژوهشگرانی بنام در این زمینه مانند وینسنت و آمالبرتی[2] و بیتس و سینگ[3]، نشان داد که در دو دهه گذشته پیشرفت‌های کافی در این زمینه حاصل نشده است، بدین معنی که بیشتر مداخلات فعلی ایمنی، بر بهبود سیستم به‌صورت مجزا، جدا از آنچه در دنیای واقعی اتفاق می‌افتد، متمرکز شده‌اند. این نویسندگان به‌دنبال این بودند که نشان دهند چگونه باید روش‌ها با هدف مدیریت ایمنی و خطرات در نظام پیچیده خدمات سلامت ارتقاء یابند. مهم‌تر از همه، آنها دیدگاه بیماران را در مرکز رویکرد خود قرار دادند و ایمنی بیمار را به‌عنوان "مدیریت خطر در طول زمان" تعریف کردند. آنچه اکنون بسیار واضح است این است که یک پاسخ مشخص وجود ندارد، بلکه فهرست محدودی از راه‌حل‌های اثبات شده وجود دارند که منجر به کاهش حوادث تهدیدکننده ایمنی بیمار و ارتقای کیفیت خواهند شد.

سازمان جهانی بهداشت اهمیت ایمنی بیمار را به رسمیت شناخته و آن را به‌عنوان یک نگرانی سلامت همگانی در اولویت قرار داده است. پوشش همگانی سلامت، تنها به تضمین دسترسی به خدمات سلامت محدود نمی‌شود و شامل دسترسی به خدمات ایمن باکیفیت است، یکی از اهداف توسعه پایدار ۲۰۳۰ است. در ماه می سال ۲۰۱۹، هفتاد و دومین مجمع جهانی سلامت، ایمنی بیمار را به‌عنوان یک اولویت کلیدی به رسمیت شناخت و در قطعنامه WHA72.6 متعهد شد که با اجرای اقداماتی هماهنگ، آسیب به بیماران در مراکز ارائه خدمات سلامت را کاهش دهد و اعلام کرد که ایمنی بیمار با دادن این اطمینان به جوامع که می‌توانند به نظام‌های سلامت خود برای ایمن نگه داشتن آنها و خانواده‌هایشان اعتماد کنند، این امکان را فراهم خواهد کرد تا پوشش همگانی سلامت حاصل شود. نظام‌های ارزیابی انطباق با استانداردهای ایمنی بیمار، کشورهای عضو را در هنگام برنامه‌ریزی و بسیج منابع برای پوشش همگانی سلامت راهنمایی می‌کنند و باعث اعتبار مدل‌های مراقبت با کیفیت می‌شوند. در **قطعنامه شماره WHA72.6 هفتاد و دومین مجمع سازمان جهانی با حمایت ایجاد روز جهانی ایمنی بیمار در ۱۷ سپتامبر هر سال بر همبستگی جهانی و افزایش آگاهی در مورد ایمنی بیمار به‌عنوان یک اولویت سلامت در سراسر جهان تأکید و توجه شده است.** در پاسخ به نیاز مبرم برای اجرای مداخلاتی که به چالش‌های موجود در زمینه ایمنی بیمار پاسخ دهند، دفتر منطقه‌ای مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت، برنامه بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار (PSFHI)[4] را در سال ۲۰۱۱ با انتشار اولین ویرایش کتابچه راهنمای ارزیابی ایمنی بیمار شروع کرد. این برنامه بعداً به یک چارچوب تبدیل شد، چارچوب بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار (PSFHF)[5]، که شامل اجرای مجموعه‌ای از استانداردهای ایمنی بیمار در بیمارستان‌ها می‌شود. انطباق با این استانداردها در یک سازمان تضمین می‌کند که ایمنی بیمار درآن سازمان از اولویت لازم برخوردار است و آن سازمان و کارکنانش بهترین مداخلات توصیه شده را اجرا می‌کنند. اولین مجموعه استانداردهای چارچوب بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار توسط گروهی

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To err is human: building a safer health system. Washington (DC): Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America; 1999.
2. Vincent C, Amalberti R. Safer healthcare: strategies for the real world. New York (NY): Springer Open; 2016
3. Bates DW, Singh H. Two decades since To err is human: an assessment of progress and emerging priorities inpatient safety.Health Aff (Millwood). 2018;37(11).
4. Patient Safety Friendly Hospital Initiative
5. Patient Safety Friendly Hospital Framework

از کارشناسان منطقه‌ای و بین‌المللی تدوین و بررسی شد. این چارچوب به‌صورت آزمایشی در هفت کشور منطقه (مصر، اردن، مراکش، پاکستان، سودان، تونس و یمن) اجرا شد و کارشناسان در هر یک از کشورها برای انجام ارزیابی اولیه، بر اساس استانداردها و دستورالعمل‌های اجرایی، در یک بیمارستان آزمایشی آموزش دیدند. ویرایش دوم کتابچه راهنمای ارزیابی ایمنی بیمار در سال ۲۰۱۶ منتشر شد.

از سال ۲۰۱۱، چارچوب بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار به سایر مناطق سازمان جهانی بهداشت گسترش‌یافته است و کشورهایی که این چارچوب را تأیید کرده‌اند عبارتند از افغانستان، ایران، لیبی، عمان، پاکستان، فلسطین، قطر، عربستان سعودی، تونس و یمن. به‌دلیل موفقیت این چارچوب، مدیر منطقه‌ای مدیترانه شرقی، دکتر احمد اَلمنظری، در سال ۲۰۱۹ اعلام کرد که گسترش پذیرش چارچوب بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار اکنون در میان ۱۰ اولویت منطقه برای بهبود ایمنی بیمار و کیفیت مراقبت است.

بر اساس نتایج یک بررسی گسترده که در آوریل ۲۰۱۹ آغاز شد، استانداردها در ویرایش سوم کتابچه راهنمای ارزیابی ایمنی بیمار به‌روز شدند تا با بهترین مداخلات توصیه شده اخیر و راهنماهای سازمان جهانی بهداشت مطابقت داده شوند. یک بررسی متون برای شناسایی هرگونه مفاهیم یا تغییرات جدید در هر یک از حیطه‌های ایمنی بیمار انجام شد. این بررسی شامل شناسایی راهنماهای به‌روز شده سازمان جهانی بهداشت برای حمایت از اجرای استانداردها بود. نظرات استفاده‌کنندگان، تسهیل‌گران و ارزیابان در خصوص چارچوب بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار نیز جستجو، گردآوری و تجزیه‌وتحلیل شد و همراه با مرور متون، برای هدایت بازنگری کتابچه راهنما استفاده گردید. بررسی پیش‌نویس استانداردها توسط خبرگان از راه دور انجام شد.

با استفاده از اصول RUMBA[1] (مرتبط، قابل‌درک، قابل‌سنجش، سودمند و قابل دستیابی)، استانداردهای چارچوب بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار در دسامبر ۲۰۱۹ به‌صورت آزمایشی اجرا شدند. اصول RUMBA تضمین می‌کند که معیارها مرتبط، قابل‌درک، قابل‌سنجش، سودمند و قابل دستیابی می‌باشند.

تغییرات و تفاوت‌های بین ویرایش سوم (ویرایش کنونی) و ویرایش دوم در جدول ۶ این راهنما نشان‌داده‌شده است. در مجموع ۱۵ معیار جدید شامل حاکمیت مشارکتی، بیانیه مأموریت، ایمنی کارکنان، حق امتناع از درمان، برقراری ارتباطات، مدیریت اطلاعات و فناوری، و مدیریت دغدغه‌های اخلاقی اضافه شده‌اند. تعدادی از معیارها از اساسی به الزامی ارتقاء یافته‌اند که اکنون مجموعاً ۲۵ مورد را شامل می‌شوند. در جدول ۳ فهرستی از همه معیارهای الزامی نشان داده شده است. فرمت استانداردها برای کاهش موارد تکراری و کمک به سازمان‌ها و ارزیابان در نحوه انطباق عملکرد با معیارها تغییر کرده‌اند.

همچنین تغییراتی در ویرایش سوم در روش کار ارزیابی برای بهبود سازگاری و رعایت عدالت در ارزیابی ایجاد شده است. مقیاس امتیازدهی ۳ گزینه‌ای بررسی شد و بر اساس بازخوردهای دریافتی، تغییری نکرد؛ با این‌حال، راهنما برای کمک به ارزیابان برای تمایز بین سطوح، اصلاح گردید. راهنمای نحوه رتبه‌بندی در برنامه آتی آموزشی ارزیابان چارچوب بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار بیشتر مورد توجه قرار خواهد گرفت. ویرایش سوم از پایان سال ۲۰۲۰ در دسترس خواهد بود و تمام مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت از سال ۲۰۲۱ بر اساس این ویرایش ارزیابی می‌شوند. یک ضمیمه تکمیلی نیز برای کووید-۱۹در تمام پیمایش‌ها تا پایان سال ۲۰۲۱ ارائه خواهد شد.

1. RUMBA: Relevant, Understandable, Measurable, Beneficial and Achievable

ارزیابی بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار

استانداردهای ایمنی بیمار مجموعه‌ای از الزامات است که برای ایجاد برنامه ایمنی بیمار در سطح بیمارستان ضروری است. **این الزامات قالبی عملیاتی ارائه می‌دهند که بیمارستان‌ها بتوانند با استفاده از آن مراقبت بیمار از منظر ایمنی بیمار را ارزیابی نمایند، ظرفیت‌سازی لازم در کارکنان را به‌منظور ارتقای ایمنی بیمار انجام دهند، و گیرندگان خدمت را در ارتقاء ایمنی خدمات درمانی مشارکت دهند.** ارزیابی بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار، سازوکاری است که برای ارزیابی ایمنی بیمار در سطح بیمارستان‌ها ایجاد شده است. این استانداردها برای کل بیمارستان کاربردی هستند و تنها برای یک بخش یا خدمت خاص نمی‌باشند. این استانداردها، ابزاری را برای تعیین سطح ایمنی بیمار، چه به‌منظور شروع یک برنامه ایمنی بیمار و چه به‌عنوان بخشی از یک برنامه در حال اجرا در اختیار مؤسسات قرار می‌دهند. این ارزیابی داوطلبانه است و از طریق یک ارزیابی خارجی، به‌صورت بررسی همتایان[1] انجام می‌شود. گروه مشاور منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت در مورد ایمنی بیمار، به‌عنوان تیم ارزیاب اولیه، این فرایند را آغاز کردند. در مرحله اول، این گروه بیمارستان‌ها را به‌منظور تعیین میزان انطباق با استانداردهای ایمنی بیمار سازمان جهانی بهداشت و شاخص‌های عملکردی ایمنی بیمار ارزیابی می‌نماید. در گام بعدی این فرآیند، ظرفیت‌سازی تیم‌های کشوری به‌عنوان تیم‌های ارزیاب خارجی صورت می‌گیرد.

پس از انتشار آخرین ویرایش در سال ۲۰۱۶، تعداد ۲۶۰ ارزیاب در پاکستان، قطر، عمان، عربستان سعودی و تونس آموزش دیدند. علاوه بر این، در کشورهای لیبی و یمن، کارشناسان کشوری که قبلاً در زمینه بیمارستان‌های دوستدار ایمنی بیمار آموزش‌دیده‌اند، از تیم‌های کشوری بیمارستان حمایت می‌نمایند. ارزیابی مزایای متعددی برای بیمارستان‌ها دارد. این کار تعهد و مسئولیت‌پذیری در قبال ایمنی بیمار را به جامعه نشان می‌دهد.

این ابزار یک شاخص کلیدی برای محک زدن ارائه می‌دهد، فرصت‌های بهبود را شناسایی می‌کند و اجرای پروژه‌های بهبود برای دستیابی به اهداف استاندارد را تشویق می‌کند. در نهایت، انگیزه‌ای برای کارکنان برای مشارکت در بهبود ایمنی بیمار فراهم می‌آورد. هدف نهایی چارچوب، بهبود سطح ایمنی بیمار در بیمارستان‌ها با ایجاد شرایطی است که منجر به خدمات ایمن‌تر می‌شود، بنابراین، جامعه را از آسیب‌های قابل اجتناب محافظت نموده و وقایع ناخواسته را در مجمو عه‌های بیمارستانی کاهش می‌دهد.

چارچوب بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار را می‌توان همراه با سایر ابزارهای ایمنی بیمار و سایر انواع ارزیابی خارجی استفاده کرد. تفاوت بین چارچوب بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار و سایر برنامه‌های ارزیابی خارجی در این است که این چارچوب بر ایمنی بیمار تمرکز دارد و به‌جای آن که به دستیابی بر یک هدف بپردازد، تأکید آن بر بهبود مستمر است.

نقش سازمان جهانی بهداشت در چارچوب بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار

چارچوب بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار، چارچوبی است که توسط سازمان جهانی بهداشت با هدف کمک به مؤسسات ارائه‌دهنده خدمات سلامت برای راه‌اندازی یک برنامه جامع ایمنی بیمار تهیه و تدوین شده است. در نهایت امید است که وزارت بهداشت و مؤسسات ارائه‌دهنده خدمات سلامت، خود متولی اجرای آن شوند. کتابچه راهنمای ارزیابی ایمنی بیمار ابزارهای لازم را برای انجمن‌های حرفه‌ای، نهادهای نظارتی یا اعتباربخشی و وزارت بهداشت برای بهبود ایمنی بیمار فراهم می‌کند. اعطای گواهینامه یا تأیید دستیابی بنا بر تشخیص یک نهاد ناظر کشوری مانند وزارت بهداشت صورت می‌گیرد. با این حال، بیمارستان‌ها می‌توانند از این کتابچه راهنما برای خودارزیابی استفاده کنند و از تحلیل کاستی‌ها برای تهیه یک برنامه بهبود کیفیت جهت ارتقای ایمنی بیماران بهره بگیرند.

1. Peer-review

ساختار و شالوده کتابچه راهنمای ارزیابی بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار

کتابچه راهنمای ارزیابی ایمنی بیمار برای سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات سلامت، ارزیابان و تسهیل‌گران طراحی شده است. این کتابچه راهنما شامل سه بخش می‌باشد: (۱) مرور اجمالی و روش کار ارزیابی؛ (۲) استانداردهای ایمنی بیمار (۲۲ استاندارد)؛ و (۳) ابزارهای ارزیابی بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار.

بخش اول حاوی اطلاعاتی در مورد نحوه استفاده از استانداردها است. ارزیابی چگونه انجام می‌شود؛ مقیاس رتبه‌بندی، سطح دستاوردها چگونه تعیین می‌شود؛ و چه تغییراتی در ویرایش سوم راهنمای ارزیابی ایمنی بیمار نسبت به ویرایش دوم ایجاد شده است.

بخش دوم شامل استانداردهای ایمنی بیمار است که به پنج گروه اصلی تقسیم شده است. A: رهبری و مدیریت؛ B: مشارکت بیماران و جامعه؛ C: خدمات بالینی ایمن و مبتنی‌بر شواهد؛ D: محیط ایمن؛ و E: آموزش مداوم. هر حیطه شامل چندین استاندارد است که در مجموع شامل ۲۲ استاندارد است. هر استاندارد شامل تعدادی معیار است که در مجموع شامل ۱۳۴ معیار است. یک معیار می‌تواند الزامی، اساسی یا پیشرفته[1] باشد و انواع مختلفی از معیارها بین پنج حیطه توزیع شده‌اند (جدول ۱).

بخش سوم شامل فهرستی از مستنداتی که بیمارستان‌ها باید آماده نمایند، مجموعه‌ای از مصاحبه‌های ساختارمند، راهنماهایی برای مشاهدات، نمونه برنامه ارزیابی و قالب گزارش‌دهی می‌باشد.

جدول ۱. توزیع معیار طبقه‌بندی شده بر اساس پنج حیطه برنامه بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار (PSFHI)

حیطه (ویرایش سوم)	معیارهای الزامی	معیارهای اساسی	معیارهای پیشرفته	تعداد کل معیارها در هر حیطه
A: رهبری و مدیریت (۶ استاندارد)	۷	۲۶	۳	۳۶
B: مشارکت بیماران و جامعه (۷ استاندارد)	۲	۲۲	۷	۳۱
C: خدمات بالینی ایمن و مبتنی‌بر شواهد (۴ استاندارد)	۱۴	۲۴	۲	۴۰
D: محیط ایمن (۲ استاندارد)	۱	۲۰	۱	۲۲
E: آموزش مداوم (۳ استاندارد)	۱	۲	۲	۵
تعداد کل	**۲۵**	**۹۴**	**۱۵**	**۱۳۴**

1. Critical, core or developmental

بخش اول. مرور اجمالی چارچوب بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار

بیمارستان

از مشارکت همه بیمارستان‌ها چه دولتی و چه خصوصی، جهت استقرار بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار استقبال می‌شود. در برخی از کشورها، بیمارستان‌ها بر اساس معیارهایی که توسط وزارت بهداشت با همکاری دفاتر نمایندگی سازمان جهانی بهداشت تهیه شده است، انتخاب می‌شوند. دفتر منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت تلاش‌های گسترده‌ای را برای افزایش تعداد ارزیابان آموزش‌دیده و ترغیب کشورها برای تولیت برنامه توسط وزارت بهداشت یا سایر مراکز معتبر ملی انجام می‌دهد. زمانی که کشوری برای شرکت در برنامه چارچوب بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار ثبت‌نام می‌کند، دفتر منطقه‌ای می‌تواند با آموزش اولین گروه ارزیابان و تسهیل‌گران حمایت‌های لازم را ارائه دهد. ارزیابی اولین گروه از بیمارستان‌ها توسط ترکیبی از ارزیابان کشوری و کارشناسان بین‌المللی انجام می‌شود. در صورت نیاز دفتر منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت به ارائه پشتیبانی فنی در ادامه خواهد پرداخت.

بخش اول حاوی اطلاعاتی در مورد نحوه استفاده از استانداردها، نحوه اجرای ارزیابی توسط ارزیابان، مقیاس امتیازدهی، سطح‌بندی بیمارستان‌ها و تغییرات ویرایش سوم راهنمای ارزیابی ایمنی بیمار نسبت به ویرایش دوم است.

اولین وظیفه بیمارستان این است که حداقل شش ماه قبل از بازدید، استانداردهایی را که برای ارزیابی استفاده می‌شود، بررسی کند. با این که الزامی نیست، اما توصیه می‌شود که یک خودارزیابی اولیه عملکرد در رابطه با استانداردها انجام شود و یک تیم کوچک فرایند خودارزیابی را انجام دهد. بیمارستان مسئول جمع‌آوری تمام شواهد و شناسایی مواردی است که نیاز به توجه خاص دارند. در پایان این فرایند، بیمارستان دارای یک تحلیل کاستی‌ها و نقایص[1] همراه با اقداماتی که نیاز به مداخله دارند و فهرستی از مستنداتی که میزان انطباق آنها با هر معیار را نشان می‌دهد، خواهد بود.

پس از هر معیار، فهرست کوچکی از شواهد پیشنهادی برای انطباق آورده شده است. این شواهد فقط به‌عنوان پیشنهاد هستند و بیمارستان‌ها ممکن است تصمیم بگیرند برای آن‌که انطباق خود را با معیارها نشان دهند، شواهد دیگری ارائه کنند. شواهد باید برای هر معیار ارائه شوند و به زبان انگلیسی باشند. اگر اقداماتی برای دستیابی به انطباق بهتر مورد نیاز است، باید به وضوح مستند شوند. تمام شواهد انطباق (مستندات) باید در یک سیستم کاربر–پسند ارائه شود که ارزیابان بتوانند به‌راحتی آنها را بررسی کنند. بهتر است تیم مدیریت بیمارستان به مردم، کارکنان و بیماران اطلاع دهد که ارزیاب‌های بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار، در تاریخ‌های مشخص شده بیمارستان را ارزیابی خواهند کرد و لازم است آنها را از هدف چارچوب بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار آگاه کنند.

تفسیر استانداردها

همه حیطه‌ها و استانداردهای ایمنی بیمار از الگوی یکسان پیروی می‌کنند (جدول ۲). هر استاندارد یک بیانیه غایی دارد که بالاترین سطح نتایج را برای آن استاندارد مشخص می‌کند. همه استانداردها دارای یک‌سری معیار هستند. پس از هر معیار، فهرستی از مستندات ذکر می‌شود که می‌توان از آنها برای تأیید انطباق با آن معیار استفاده کرد. از آنجایی که ساختارها و فرایندها در کشورهای مختلف، متفاوت هستند این فهرست هم بر اساس این شرایط انعطاف‌پذیر بوده و فهرست جامعی نیست، بلکه باید از آن به‌عنوان یک راهنمای کلی برای تعیین چگونگی تأیید مطابقت با یک معیار استفاده نمود. مستندات مشخصی وجود دارند که کلیه مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت باید به همراه درخواست ارزیابی چارچوب بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار ارائه کنند (به بخش ۳ مراجعه کنید). این مستندات شامل مستندات حقوقی از قبیل برنامه‌های راهبردی (استراتژیک) و عملیاتی (ساختار)، خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی (فرایند) و شواهد سنجش و ممیزی (پیامد) است.

1. Gap analysis

جدول ۲. قالب تمام حیطه‌های ایمنی بیمار و استانداردها

حیطه A. رهبری و مدیریت		
استاندارد A.1 مدیریت ارشد بیمارستان به ایمنی بیمار متعهد است.		راهنما برای شواهد انطباق
معیارهای الزامی	A.1.1.1	
	A.1.1.2	
	A.1.1.3	
معیارهای اساسی	A.1.2.1	
	A.1.2.2	
	A.1.2.3	
معیارهای پیشرفته	A.1.3.1	
	A.1.3.2	

معیارهای الزامی به‌عنوان مسائلی که باید فوراً برای یک بیمارستان برای ارائه خدمات ایمن مورد توجه قرار گیرند، در اولویت قرار گرفته‌اند. در ویرایش سوم، در مجموع، ۲۵ مورد از این معیارها وجود دارد و همه بر اساس شواهد موجود در خصوص مشکلات رایج مانند حاکمیت، ارتباطات، بهداشت دست، صلاحیت کارکنان و آموزش کارکنان انتخاب شدند. توجه به تمامی این ۲۵ معیار الزامی، شروعی مناسب برای یک بیمارستان برای مسیر بهبود کیفیت است (جدول ۳).

معیارهای اساسی شامل حداقل استانداردهایی هستند که بیمارستان برای ایمنی بیماران باید از آن تبعیت کند. دستیابی به ۱۰۰ درصد استانداردهای اساسی برای دریافت عنوان بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار الزامی نیست. اگرچه تعیین سطح بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار به درصد استانداردهای اساسی محقق شده بستگی دارد. درصد استانداردهای اساسی محقق شده، جهت محک‌زنی داخلی برای مستند نمودن پیشرفت در طی زمان حائز اهمیت است.

استانداردهای پیشرفته الزاماتی هستند که بیمارستان باید بسته به ظرفیت و منابع خود، در جهت دستیابی به آنها به‌منظور تقویت خدمات ایمن اقدام نماید.

جدول ۳. بیست و پنج معیار الزامی در ویرایش سوم

معیارهای الزامی
A.1.1.1 بیمارستان برنامه راهبردی (استراتژیک) دارد که در آن ایمنی بیمار حائز اولویت است.
A.1.1.2 نظام حاکمیت / رهبری سازمانی و بالینی مشخصی در بیمارستان وجود دارد.
A.1.1.3 مدیریت ارشد بیمارستان با هدف بهبود فرهنگ ایمنی بیمار، بازدیدهای ماهانه مدیریتی ایمنی بیمار را به‌منظور شناسایی خطرات موجود در سیستم و اعمال مداخله در خصوص موضوعات مرتبط با ایمنی بیمار انجام می‌دهد.
A.2.1.1 مدیریت ارشد بیمارستان تضمین می‌نماید که یکی از کارکنان ارشد واجد شرایط با اختیارات لازم به‌عنوان مسئول و پاسخگوی ایمنی بیمار منصوب گردیده است.
A.4.1.1 مدیریت ارشد بیمارستان وجود تجهیزات و لوازم ضروری با عملکرد مطلوب را در همه بخش‌ها و واحدهای بیمارستان تضمین می‌نماید.
A.5.1.1 مدیریت ارشد بیمارستان تأمین تعداد کافی کارکنان واجد صلاحیت را در تمامی شیفت‌های کاری جهت ارائه خدمات ایمن به بیمار تضمین می‌نماید.

معیارهای الزامی
A.5.1.2 فرایندی مشخص و تعریف شده برای حصول اطمینان از این که کلیه کارکنان بالینی دارای گواهی صلاحیت حرفه‌ای معتبر از مراجع مربوطه هستند، وجود دارد.
B.2.1.1 رضایت آگاهانه، قبل از هر اقدامی که نیاز به رضایت آگاهانه دارد، توسط کارکنان ذی‌صلاح به روش و زبانی که برای بیمار یا قیم قانونی وی قابل‌درک باشد، اخذ می‌شود.
B.3.1.1 در فرایند شناسایی بیمار در کل بیمارستان، حداقل از دو شناسه برای شناسایی بیمار استفاده می‌گردد.
C.1.1.1 مدیریت ارشد بیمارستان کانال‌های ارتباطی مؤثر در سراسر بیمارستان، از جمله برای اعلام اضطراری نتایج بحرانی آزمایش‌ها برقرار کرده است.
C.1.1.2 بیمارستان چک‌لیست جراحی ایمن را اجرا و از راهنماهای جراحی ایمن، از جمله چک‌لیست سازمان جهانی بهداشت در زمینه جراحی ایمن تبعیت می‌نماید.
C.1.1.3 در بیمارستان، روال‌هایی مشخص برای اطمینان از شناسایی به‌موقع موارد وخامت حال بالینی بیمار و پاسخ مقتضی به آن وجود دارد.
C.1.1.4 بیمارستان اعلام نتایج تست‌های پاراکلینیکی و دستورات پزشک از طریق شفاهی و تلفنی را به حداقل رسانده و در مواردی که برقراری ارتباطات به طریق کلامی ضروری است، از فن "بازخوانی مجدد مطالب" به‌منظور اطمینان از صحت شنیده‌ها استفاده می‌نماید.
C.1.1.5 بیمارستان به‌منظور تحویل کامل و ایمن بیماران بین تیم‌های درمانی و در زمان تعویض شیفت‌ها روال مشخصی دارد.
C.1.1.6 بیمارستان راهنماهای زایمان ایمن و مسیر یکپارچه مراقبت را اجرا می‌نماید.
C.2.1.1 بیمارستان دارای برنامه هماهنگ و جامع برای کلیه فعالیت‌های مربوط به پیشگیری و کنترل عفونت است که تمام رشته‌ها و تخصص‌ها را در برمی‌گیرد.
C.2.1.2 بیمارستان تمیزی، ضدعفونی و استریلیزاسیون مناسب کلیه تجهیزات را تضمین می‌نماید.
C.2.1.3 فردی واجد شرایط به‌عنوان مسئول تمامی فعالیت‌های پیشگیری و کنترل عفونت تعیین شده است.
C.3.1.1 بیمارستان راهنماهای معتبر از جمله راهنمای سازمان جهانی بهداشت را در زمینه خون و فرآورده‌های خونی ایمن و باکیفیت اجرا می‌نماید.
C.3.1.2 بیمارستان تضمین می‌نماید که جهت شناسایی نمونه خون بیمار برای تست کراس‌مچ از دو شناسه اختصاصی و انحصاری استفاده می‌نماید.
C.4.1.1 داروسازِ دارای مجوز فعالیت، سیستم مدیریت دارویی را در بیمارستان به‌نحوی مدیریت می‌نماید که نیازهای بیمار را پاسخ داده، قوانین و مقررات کاربردی جاری را رعایت کرده و از راهنماهای سازمان جهانی بهداشت تبعیت می‌نماید.
C.4.1.2 بیمارستان محلول‌های الکترولیت با غلظت بالا را در مکانی ایمن نگهداری می‌نماید.
C.4.1.3 بیمارستان وجود داروهای حیاتی را در تمام ساعات شبانه‌روز (۲۴ ساعته) تضمین می‌نماید.
D.2.1.1 بیمارستان راهنماهای مدیریت پسماندهای نوک‌تیز و بُرنده را رعایت می‌نماید.
E.1.1.1 تمامی کارکنان بیمارستان دوره آموزش توجیهی در زمینه ایمنی بیمار را گذرانده‌اند.

مقیاس امتیازدهی

برای هر معیار، یک مقیاس امتیازدهی سه حالتی استفاده می‌شود بدین صورت که در صورت اجرای هر معیار به‌صورت کامل، امتیاز ۱، اجرا به شکل نسبی، امتیاز ۰/۵ و عدم اجرا، امتیاز صفر تعلق می‌گیرد. اگر معیاری به خدمات بالینی که بیمارستان ارائه می‌دهد مرتبط نباشد، سپس از گزینه "عدم کاربری" استفاده می‌شود و این معیار در امتیازدهی نهایی محاسبه نمی‌شود. مثال از عدم کاربری می‌توان به معیار C.1.1.6 اشاره نمود: بیمارستان دستورالعمل زایمان ایمن و مسیر یکپارچه خدمات بالینی را اجرا می‌کند. اگر بیمارستانی خدمات زایمان ارائه ندهد در این صورت، این معیار به‌عنوان معیار" عدم کاربری" تلقی می‌گردد. مقیاس امتیازدهی برای هر معیار استفاده می‌شود و در سطح استاندارد اجرا نمی‌شود.

برنامه بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار از روش مرور همتایان[1] استفاده می‌کند و نباید به‌عنوان یک ممیزی در نظر گرفته شود. بنابراین، امتیازدهی مستلزم داشتن تجربه از طرف تیم ارزیاب است. امتیازها باید توسط کل تیم ارزیاب مورد توافق قرار گیرد و تیم باید شواهد را از سه منبع مختلف: مصاحبه‌ها؛ مستندات؛ و مشاهده‌ها مورد بررسی قرار دهد. همه این شواهد و به همراه تجربیات ارزیابان برای تعیین امتیاز نهایی و سطح دستیابی نهایی استفاده می‌شود.

ارزیابان برنامه بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار آموزش دیده‌اند تا بتوانند داده‌ها را از منابع مختلف جمع‌آوری کنند و در کنار هم قرار دهند. ابتدا، با مرور مستندات که برخی از آنها قبل از مراجعه به بیمارستان بررسی شده‌اند. دوم، به وسیله مصاحبه با کارکنان کلیدی و بیماران و در نهایت، با انجام بازدیدهای محیطی و خدمات بالینی.

هنگام امتیازدهی، راهنمای نشان‌داده‌شده در جدول ۴ برای تعیین سطح انطباق استفاده می‌شود. در صورت لزوم، جزئیات اقداماتی که برای دستیابی به امتیاز بالاتر لازم است، اضافه می‌شود.

جدول ۴. ضوابط امتیاز دهی برای ارزیابی هر معیار

امتیازدهی	نمره	منطق امتیازدهی	راهنمای ارزیابان
اجرای کامل	۱	تطابق ۸۰ درصد (یا بیشتر) موارد	ارائه پیشنهاد یا «فرصت برای بهبود»[2]
اجرای نسبی	۰/۵	تطابق ۳۱ تا ۷۹ درصد موارد	ارائه «فرصت برای بهبود» یا توصیه‌ها برای کمک به ارتقاء بیمارستان
عدم اجرا	۰	تطابق کمتر از ۳۰ درصد موارد	ارائه توصیه‌ها و جدول زمان‌بندی

فرایند ارزیابی

بسته به مشخصات بیمارستان (مانند وسعت خدمات و موقعیت مکانی) ترکیب گروه «ارزیابی حضوری[3]» بیمارستان و دستور کار آنها متفاوت خواهد بود. با این‌حال باید روشی یکسان برای ارزیابی بیمارستان‌های مشابه اتخاذ گردد. ترکیب تیم ارزیاب نباید کمتر از دو نفر باشد. تمام تیم‌ها باید حداقل یک ارزیاب خارجی (با ملیت خارجی) داشته باشند که این فرد باید ارزیاب با تجربه باشد و توانایی لازم را برای هدایت و رهبری تیم داشته باشد. اعضای تیم باید ترکیبی از تجربه بالینی و اجرایی را داشته باشند.

1. Peer-review
2. Opportunity ofr improvement (OFI)
3. Onsite survey

برنامه فعالیت‌های روزانه تیم ارزیاب توسط تسهیل‌گر در سطح ملی تهیه شده و پس از توافق اعضای تیم، پیش از شروع ارزیابی به مراکز مورد نظر جهت دریافت نظر آنها ارسال می‌شود. ارزیابی باید به مدت دو روز تا چهار روز ادامه پیدا کند (برنامه زمانی پیشنهادی را در بخش ۳ ملاحظه نمایید).

در انتهای هر ارزیابی، تیم ارزیاب باید نتایج مهم را با تیم بیمارستان در میان بگذارد. همچنین باید گزارش بازدید و پیشنهادها را به بیمارستان برای ارتقای ایمنی بیمار ارائه نمایند. گزارش بازدید باید محرمانه و سازنده باشد و باید به‌عنوان بخشی از استراتژی کلی بهبود کیفیت بیمارستان جهت ارتقای ایمنی بیمار استفاده شود. نتایج ارزیابی بنابر نظر مدیریت بیمارستان می‌تواند به‌صورت علنی منتشر شود یا محرمانه باقی بماند.

ارزیابان

ارزیابان توسط دفتر منطقه‌ای و وزارت بهداشت یا دیگر سازمان‌های ملی متولی این استانداردها انتخاب می‌شوند. تمام ارزیابان باید قبل از اجرای ارزیابی در سطح ملی، در زمینه «چارچوب بیمارستان‌های دوستدار ایمنی بیمار» آموزش دیده باشند. نقش ارزیابان، بررسی و تأیید میزان تبعیت بیمارستان‌ها از استانداردها و ارائه بازخورد سازنده به آنها می‌باشد. «چارچوب بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار» از روش مرور همتایان و فلسفه بهبود مداوم در قالب حمایت و یادگیری استفاده می‌کند؛ بنابراین، انتخاب ارزیابان واجد صلاحیت اهمیت زیادی در اجرای موفقیت‌آمیز برنامه دارد.

معیارهای انتخاب ارزیابان به شرح زیر است:

- مهارت در این زمینه با داشتن حداقل ده سال تجربه کاری و تحصیلات تکمیلی (پزشکی، مدیریت و پرستاری)؛
- دانش در زمینه استانداردهای بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار و روش‌شناسی ارزیابی؛
- دانش و فهم در زمینه:
  - نظام‌های ارائه خدمات سلامت؛
  - آموزش سلامت؛
  - روش‌های ایمنی بیمار؛
  - قوانین و مقررات، اعتباربخشی و بهبود کیفیت؛
- مهارت‌های تجزیه‌وتحلیل – استفاده مؤثر از کاربرد اطلاعات، درک و فهم اطلاعات پیچیده، تصمیم‌گیری بر مبنای شواهد و درک ممیزی بالینی؛
- آگاهی فرهنگی – حساس‌بودن به تفاوت‌های فرهنگی، مذهبی و تنوع جمعیت‌شناسی و درک آنها؛
- حرفه‌گرایی – تبعیت از استانداردهای بالای اخلاق فردی، اولویت‌دادن به ایمنی بیمار، حفظ رازداری، بی‌طرفی و واقع‌گرایی و داشتن انگیزه و تعهد به کار؛
- مهارت‌های ارتباطی و بین‌فردی – همکاری تیمی، فعالیت سازنده و احترام به نظرات و کمک دیگران، تعامل سازنده با همکاران و بیماران، ارتباط اثربخش و توأم با ادب و احترام با دیگران؛
- صحبت‌کردن و نگارش روان و شیوای انگلیسی؛ و
- مدیریت بهینه زمان.

معیارهای انتخاب رهبر تیم غیر از موارد بالا این موارد است:

- تجربه قبلی شرکت در ارزیابی‌های خارجی در بخش سلامت یا آموزش؛
- حضور در تیم ارزیاب در دو دوره پیمایش قبلی «چارچوب بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار»؛
- توانایی مدیریت و رهبری؛
- مهارت‌های مدیریت تعارض.

ارزیابی و سطح تحقق استانداردها

به بیمارستان‌ها به‌عنوان دوستدار ایمنی بیمار بر اساس چهار سطح تطابق امتیاز داده می‌شود که سطح چهارم، بالاترین سطح امتیازی است که یک بیمارستان می‌تواند کسب کند.

جدول ۵. سطوح تحقق استانداردهای ایمنی بیمار

سطح بیمارستان	استانداردهای الزامی (درصد)	استانداردهای اساسی (درصد)	استانداردهای پیشرفته (درصد)
سطح ۱	۱۰۰	هر میزان	هر میزان
سطح ۲	۱۰۰	۸۹-۶۰	هر میزان
سطح ۳	۱۰۰	≥۹۰	هر میزان
سطح ۴	۱۰۰	≥۹۰	≥۸۰

سطح تحقق استانداردها در سه مرحله محاسبه می‌شود:

۱) آیا همه معیارهای الزامی از سطح مطابقت ۸۰ درصد و یا بیشتر برخوردار بوده‌اند (امتیاز ۱)؟ در صورتی‌که پاسخ مثبت است:

۲) درصد انطباق با معیارهای اساسی چقدر است؟ سرانجام:

۳) درصد انطباق با معیارهای پیشرفته چقدر است؟

درصد انطباق با جمع‌زدن امتیازات و سپس تقسیم بر تعداد کل معیارهای هر دسته (الزامی، اساسی یا پیشرفته) محاسبه می‌شود. اگر معیاری از نظر سازمان و تیم ارزیاب موضوعیت نداشته باشد، این معیار در امتیاز نهایی در نظر گرفته نمی‌شود.

به‌عنوان مثال، شش معیار اساسی در استاندارد A.5 وجود دارد. دو معیار امتیاز ۱، سه معیار امتیاز ۰/۵ و یکی امتیاز صفر گرفته است. نمره کل این استاندارد ۳/۵ است.

برای محاسبه درصد انطباق با معیارهای اساسی، به هر معیار باید امتیازهای ۱، ۰/۵ یا ۰ تعلق گیرد و سپس مجموع امتیازات باید بر ۹۵ تقسیم شود.

برای محاسبه درصد انطباق با معیارهای پیشرفته، به هر معیار باید امتیازهای ۱، ۰/۵ یا ۰ تعلق‌گیرد و مجموع امتیازات باید بر ۱۵ تقسیم شود.

مثال بیمارستان ۱:

- همه ۲۵ معیار الزامی از انطباق کامل برخوردار بوده‌اند ۱۰۰٪=۲۵/۲۵؛
- نمره کل معیارهای اساسی ۸۰ است: ۸۴٪=۸۰/۹۵؛
- نمره کل معیارهای پیشرفته ۱۰ است: ۶۷٪=۱۰/۱۵؛
- بیمارستان ۱ در سطح ۲ است.

مثال بیمارستان ۲:

- همه ۲۵ معیار الزامی از انطباق کامل برخوردار بوده‌اند ۱۰۰٪=۲۵/۲۵؛
- نمره کل برای معیارهای اساسی ۸۲ با ۴ معیار غیر قابل‌اجرا است: ۹۰٪=۸۲/۹۱؛
- نمره کل معیارهای پیشرفته ۱۳ است: ۸۷٪=۱۳/۱۵؛
- بیمارستان ۲ در سطح ۴ است.

هنگامی که یک بیمارستان در چارچوب استانداردهای بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار به موفقیتی دست می‌یابد، مهم است که این تطابق حفظ شده یا ارتقاء یابد. پیشنهاد می‌شود ارزیابی داخلی به‌صورت فصلی و ارزیابی خارجی به‌صورت دو سال یک‌بار برای بیمارستان‌های سطح ۱ و ۲ و هر سه سال یک‌بار برای بیمارستان‌های سطح ۳ و ۴ انجام شود.

گسترش برنامه در سطح ملی

متعاقب ارزیابی اولیه بیمارستان‌های منتخب وزارت بهداشت، مراحل زیر برای گسترش ملی «چارچوب بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار» پیشنهاد می‌شود:

- وزارت بهداشت اعلام می‌نماید که نسبت به اجرای برنامه متعهد است و در سطح ملی، متولی برنامه است؛ و حداکثر ۱۰ بیمارستان را برای شرکت در کارگاه آموزشی و شروع برنامه انتخاب می‌نماید؛ همچنین ضمن تأکید بر هدف اصلی خود که همانا ارتقای ایمنی بیمار می‌باشد در خصوص برنامه و روند اجرای آن مسئولین بیمارستان را توجیه می‌کند؛
- مدیریت بیمارستان کارگروهی متشکل از حداقل یک پزشک، پرستار و یکی از مدیران تشکیل می‌دهد؛
- کارگاهی در خصوص برنامه برگزار می‌شود؛
- ارزیابی پایه[1] در هر یک از بیمارستان‌های شرکت‌کننده جهت تعیین سطح اولیه از منظر سطوح تعیین شده در «چارچوب بیمارستان‌های دوستدار ایمنی بیمار» صورت می‌گیرد؛ بدین صورت که کارگروه ایمنی بیمار یک بیمارستان، ارزیابی را در یکی دیگر از بیمارستان‌های شرکت‌کننده به‌صورت متقاطع انجام می‌دهد؛
- نتایج ارزیابی پایه هر بیمارستان در گزارشی (که توسط تیم ارزیاب تهیه شده است) به‌صورت خلاصه ارائه می‌شود. گزارش‌های ارزیابی با سیاست‌گذاران در وزارت بهداشت نیز به اشتراک گذاشته می‌شود؛
- نتایج ارزیابی با مسئولین هر بیمارستان به اشتراک گذاشته می‌شود و پیشنهادها و توصیه‌های کلیدی برای بهبود در بیمارستان ارائه می‌شود. مطالب برای پشتیبانی فنی نیز می‌تواند توسط دفتر منطقه‌ای ارائه شود. به بیمارستان‌ها اطلاع داده می‌شود که پس از ۹ ماه، مورد ارزیابی مجدد قرار خواهند گرفت و در تدوین برنامه عملیاتی استقرار استانداردهای بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار، به این بیمارستان‌ها کمک داده خواهد شد؛
- یک کارگاه آموزشی در سطح ملی با حضور کلیه ذینفعان، از جمله دفتر سازمان جهانی بهداشت، وزارت بهداشت و نمایندگان بیمارستان‌های دولتی و خصوصی برگزار می‌شود. درس‌های آموخته‌شده از ارزیابی، می‌تواند هم در سطح ملی هم در سطح بیمارستان پیاده شود.

جدول ۶. راهنمای ارزیابی ایمنی بیمار: تغییرات نسبت به ویرایش دوم

تغییرات	ویرایش دوم	ویرایش سوم
بازنویسی شد.	A.1.1.1 ایمنی بیمار در بیمارستان یک اولویت استراتژیک است و در قالب برنامه عملیاتی تفضیلی در حال اجرا است.	A.1.1.1 بیمارستان برنامه راهبردی (استراتژیک) دارد که در آن ایمنی بیمار حائز اولویت است.
جدید.	–	A.1.1.2 نظام حاکمیت / رهبری سازمانی و بالینی مشخصی در بیمارستان وجود دارد. معیار الزامی
ادغام شد.	A.1.1.2 یکی از کارکنان ارشد بیمارستان با اختیارات لازم به‌عنوان مسئول و پاسخگوی ایمنی بیمار منصوب گردیده است.	ادغام شده در معیار A.2.1.1
بازنویسی شد.	A.1.1.3 مدیریت ارشد بیمارستان به‌طور منظم برنامه بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار را به‌منظور بهبود فرهنگ ایمنی بیمار، شناسایی خطرات موجود در سیستم و اعمال مداخله بر اساس فرصت‌های موجود جهت بهبود ایمنی را به اجرا می‌گذارد.	A.1.1.3 مدیریت ارشد بیمارستان با هدف بهبود فرهنگ ایمنی بیمار، بازدیدهای ماهانه مدیریتی ایمنی بیمار را به‌منظور شناسایی خطرات موجود در سیستم و اعمال مداخله در خصوص موضوعات مرتبط با ایمنی بیمار انجام می‌دهد.
بازنویسی شد.	A.1.2.1 بیمارستان دارای بودجه سالانه برای فعالیت‌های ایمنی بیمار مبتنی‌بر برنامه عملیاتی تفضیلی می‌باشد.	A.1.2.1 مدیریت ارشد بیمارستان منابع لازم، از جمله بودجه سالانه برای فعالیت‌های ایمنی بیمار را بر اساس برنامه عملیاتی تفضیلی فراهم می‌نماید.

1. Baseline assessment

تغییرات	ویرایش دوم	ویرایش سوم
بازنویسی شد.	A.1.2.2 بیمارستان از اصول اخلاقی پیروی می‌کند.	A.1.2.2 مدیریت ارشد بیمارستان چارچوبی برای مدیریت اخلاقی فراهم می‌نماید که از تصمیم‌گیری در ارائه مراقبت‌های بالینی و مدیریت پژوهش پشتیبانی می‌نماید.
بازنویسی شد.	A.1.2.3 مدیریت ارشد، هر سه ماه فرهنگ ایمنی بیمار را ارزیابی می‌نماید.	A.1.2.3 مدیریت ارشد بیمارستان فرهنگ ایمنی بیمار را به‌صورت سالانه ارزیابی می‌نماید و متعاقب آن برنامه‌های عملیاتی، هر سه ماه یک‌بار مورد بازبینی قرار می‌گیرند.
جدید.	–	A.1.2.4 مدیریت ارشد بیمارستان هرسال، روز جهانی بهداشت دست (۵ می – ۱۵ اردیبهشت) و روز جهانی ایمنی بیمار (۱۷ سپتامبر – ۲۶ شهریور) را به رسمیت شناخته و طی مراسمی از آن تجلیل می‌کند.
جدید.	–	A.1.3.1 برنامه راهبردی (استراتژیک) بیمارستان شامل بیانیه‌های مأموریت، چشم‌انداز و ارزش‌هایی است که بر وجود فرهنگ ایمنی دلالت دارند. معیار پیشرفته
بازنویسی شد.	A.2.1.2 یک فرد واجد شرایط از بین مدیران میانی، فعالیت‌های ایمنی بیماران و مدیریت خطر را هماهنگ می‌نماید.	A.2.1.1 مدیریت ارشد بیمارستان تضمین می‌نماید که یکی از کارکنان ارشد واجد شرایط با اختیارات لازم به‌عنوان مسئول و پاسخگوی ایمنی بیمار منصوب گردیده است.
بازنویسی شد.	A.2.1.1 بیمارستان جلسات ماهانه کمیته مرگ‌ومیر[1] را به‌صورت مرتب برگزار می‌نماید.	A.2.2.6 جلسات کمیته مرگ‌ومیر بیمارستان به‌صورت منظم دو بار در ماه برگزار می‌گردد.
ادغام شد.	A.2.2.1 تشکیلات ایمنی بیمار در چیدمان و ساختار سازمانی بیمارستان نمود دارد.	A.2.1.1 مدیریت ارشد بیمارستان تضمین می‌نماید که یکی از کارکنان ارشد واجد شرایط با اختیارات لازم به‌عنوان مسئول و پاسخگوی ایمنی بیمار منصوب گردیده است.
بازنویسی و ادغام شد.	A.2.2.2 خطرات به‌صورت واکنشی مدیریت می‌شوند. ادغام شده با مورد E.3.3.2 بیمارستان دارای سیستم گزارش‌دهی برای وقایع ناخواسته و موارد نزدیک به خطا است.	A.2.2.5 از چارچوب مدیریت خطر که شامل برنامه، خط‌مشی و سیستم ثبت موارد خطر است، برای شناسایی و کاهش احتمال رخداد وقایع ناخواسته و سایر مخاطرات تهدیدکننده ایمنی بیماران، همراهان و کارکنان استفاده می‌شود.
بازنویسی شد.	A.2.2.3 بیمارستان ایمن بودن خدمات خود را در فواصل زمانی منظم ممیزی می‌کند.	A.2.2.2 برنامه ایمنی بیمار دارای زمان‌بندی ممیزی منظم (چهار بار در سال) است و از نتایج حاصله برای بهبود ارائه خدمات به بیماران استفاده می‌شود.

۱. توضیح مترجمین: در متن اصلی کتاب، برای این کمیته عبارت mortality and morbidity committee به کار رفته است، اما در این مستند به‌صورت "کمیته مرگ‌ومیر" ترجمه شده است.

تغییرات	ویرایش دوم	ویرایش سوم
بازنویسی شد.	A.2.2.4 بیمارستان گروه داخلی چند تخصصی ایمنی بیمار دارد که اعضای آن به‌منظور تضمین نظارت همه‌جانبه بر ایمنی بیمار در فواصل زمانی منظم تشکیل جلسه می‌دهند.	A.2.2.1 بیمارستان گروه یا کمیته داخلی چند تخصصی دارد که وظیفه هدایت تمامی موارد مرتبط با ایمنی و خطرات درون بیمارستان را بر عهده دارد.
بازنویسی شد.	A.2.2.5 بیمارستان گزارش فعالیت‌های مختلف ایمنی بیمار را در فواصل زمانی منظم تهیه و در داخل بیمارستان منتشر می‌نماید.	A.2.2.3 کارشناس مسئول ایمنی بیمار گزارش فعالیت‌های مختلف مربوط به ایمنی بیمار یا خطرات را تهیه و در فواصل زمانی منظم (چهار بار در سال) در بین تمامی کارکنان توزیع و منتشر می‌نماید.
جدید.	–	A.2.2.7 کارشناس مسئول ایمنی بیمار فرایندی را برای بهبود اثربخشی ارتباطات بین تمامی کارکنان طراحی و اجرا نموده است.
بازنویسی شد.	A.2.3.1 بیمارستان گزارش فعالیت‌های ایمنی بیمار را در فواصل زمانی منظم تهیه و در خارج بیمارستان توزیع و منتشر می‌نماید.	A.2.3.1 کارشناس مسئول ایمنی بیمار گزارش فعالیت‌های مختلف ایمنی بیمار را تهیه و به سازمان‌های مربوطه خارج از بیمارستان ارسال می‌نماید.
بازنویسی شد.	A.3.2.1 بیمارستان اهداف اختصاصی ایمنی بیمار را تعیین و بازبینی می‌نماید.	A.3.2.1 کارشناس مسئول ایمنی بیمار از داده‌های جمع‌آوری شده در تنظیم برنامه عملیاتی و اجرای پروژه‌های بهبود ایمنی بیمار استفاده می‌نماید.
بازنویسی شد.	A.3.2.2 بیمارستان توسط شاخص‌های برون‌ده و فرایندی، نحوه عملکرد خود را با تأکید ویژه بر ایمنی بیمار ارزیابی می‌نماید.	A.3.2.2 کارشناس مسئول ایمنی بیمار توسط مجموعه‌ای از شاخص‌های فرایندی و برون‌ده نحوه عملکرد بیمارستان را با تأکید ویژه بر ایمنی بیمار ارزیابی می‌نماید.
بازنویسی و ادغام شد.	A.3.3.1 بیمارستان داده‌های شاخص‌های فرایندی و نتیجه‌ای خود را با سایر بیمارستان‌های دوستدار ایمنی بیمار و/یا با دیگر استانداردها و عملکردهای مطلوب و معتبر مقایسه می‌نماید. ادغام شده با A.3.3.2	A.3.3.1 بیمارستان شاخص‌های ایمنی بیمار خود را در طول زمان با سایر «بیمارستان‌های دوستدار ایمنی بیمار» و/یا با بهترین نحوه ارائه خدمت در سطح بین‌المللی مقایسه می‌نماید.
ادغام شد.	A.3.3.2 بیمارستان بر اساس نتایج محک‌زنی از طریق برنامه عملیاتی و پروژه‌های بهبود ایمنی بیمار اقدام می‌نماید.	ادغام شده با A.3.3.1
بازنویسی شد.	A.4.1.1 بیمارستان وجود تجهیزات و ملزومات ضروری را تضمین می‌نماید.	A.4.1.1 مدیریت ارشد بیمارستان وجود تجهیزات و لوازم ضروری با عملکرد مطلوب را در همه بخش‌ها و واحدهای بیمارستان تضمین می‌نماید.

تغییرات	ویرایش دوم	ویرایش سوم
بازنویسی شد.	A.4.2.1 بیمارستان نگهداری دستگاه‌ها و تجهیزات را به‌صورت پیشگیرانه، منظم و دوره‌ای از جمله کالیبراسیون را مدیریت می‌نماید.	A.4.2.1 برنامه نگهداشت با رویکرد پیشگیرانه جهت بررسی، تست و کالیبراسیون همه تجهیزات و دستگاه‌ها وجود دارد.
بازنویسی شد.	A.4.2.2 بیمارستان به‌صورت منظم تجهیزات معیوب و خراب را تعمیر، تعویض یا از رده خارج می‌نماید.	A.4.2.2 سیستمی برای تعمیر یا تعویض منظم دستگاه‌ها و تجهیزات معیوب و خراب از جمله فراخوان تجهیزات یا اعلام هشدار وجود دارد.
بازنویسی شد.	A.4.2.3 بیمارستان آموزش متناسب کارکنان را در ارتباط با تجهیزات موجود تضمین می‌نماید.	A.4.2.3 بیمارستان تضمین می‌نماید که کارکنان آموزش‌های متناسب برای کار با همه دستگاه‌ها و تجهیزات ضروری از جمله تجهیزات پزشکی را دریافت می‌کنند و فقط افراد واجد صلاحیت و آموزش‌دیده اجازه کار با تجهیزات تخصصی را دارند.
ادغام شد.	A.4.3.1 بیمارستان کارکنان مربوطه را در مورد استفاده متناسب و ایمن از تمامی پمپ‌های انفوزیون آموزش می‌دهد.	ادغام شده با A.4.2.3
بازنویسی شد.	A.5 بیمارستان به‌منظور تأمین ایمنی بیماران در تمامی شیفت‌های کاری دارای کارکنان فنی واجد صلاحیت و با مهارت‌های لازم است.	A.5 مدیریت ارشد بیمارستان از وجود کارکنان شایسته و واجد صلاحیت، از جمله پزشکان و نیروهای داوطلب مستقل برای ارائه خدمات سلامت ایمن در تمامی شیفت‌های کاری اطمینان حاصل می‌نماید.
بازنویسی شد.	A.5.1.1 کادر بالینی حائز شرایط، اعم از ثابت یا موقت، اجازه فعالیت از طرف مراجع ذی‌صلاح حرفه‌ای را دارند.	A.5.1.2 فرایندی مشخص و تعریف شده برای حصول اطمینان از این که کلیه کارکنان بالینی دارای گواهی صلاحیت حرفه‌ای معتبر از مراجع ذی‌ربط هستند، وجود دارد.
بازنویسی شد.	A.5.2.1 همواره سطح تخصص و تعداد کادر بالینی متناسب با نیاز بیماران است.	A.5.1.1 مدیریت ارشد بیمارستان تأمین تعداد کافی کارکنان واجد صلاحیت را در تمامی شیفت‌های کاری جهت ارائه خدمات ایمن به بیماران تضمین می‌نماید. به معیار اساسی ارتقاء یافت.
ادغام شد.	A.5.2.2 به‌منظور تأمین و برآوردن نیازهای بیماران، کارکنان پشتیبانی آموزش‌دیده و متناسب به میزان کافی موجودند.	ادغام شده با A.5.1.1
ارتقاء یافت.	A.5.3.1 بیمارستان دارای برنامه‌ای برای پیشگیری از خشونت در محل کار است.	A.5.2.2 بیمارستان دارای برنامه پیشگیری از خشونت در محل کار است. به معیار اساسی ارتقاء یافت.
جدید.	–	A.6 بیمارستان دارای نظام مدیریت اطلاعات جهت پشتیبانی از ایمنی خدمات ارائه شده برای همه بخش‌ها است.

تغییرات	ویرایش دوم	ویرایش سوم
بازنویسی شد.	A.6.2.1 بیمارستان دارای خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای تمام واحدها، بخش‌ها و خدمات است و دارای سیستمی جهت پایش نحوه اجرای این خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی است.	A.6.2.1 فرایندی منسجم برای تدوین و کنترل همه مستندات، خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی در تمامی بخش‌ها وجود دارد.
بازنویسی شد.	B.1 ایمنی بیمار در منشور حقوق بیمار و خانواده لحاظ شده است.	B.1 برنامه‌ای برای حفظ حقوق بیماران تدوین شده که ایمنی بیمار در آن لحاظ شده است.
بازنویسی شد.	B.1.2.1 منشور حقوق بیمار در بیمارستان موجود است و در معرض دید بیماران قرار دارد.	B.1.2.1 بیمارستان منشور حقوق بیمار دارد که در دسترس همه بیماران، خانواده‌ها و ملاقات‌کنندگان آنها قرار دارد.
حذف شد.	B.1.2.3 به بیماران و خانواده‌های آنها در مورد حقوق خود اطلاعات داده می‌شود و آنها از حقوق خود آگاه هستند.	–
جدید.	–	B.1.2.3 فرایندی مستند برای مواجهه با وضعیتی که بیماران از دریافت درمان خودداری می‌نمایند، وجود دارد.
جدید.	–	B.1.2.4 بیمارستان بیماران را از مسئولیت‌هایشان در طی فرایند درمان مطلع می‌نماید.
حذف شد.	B.1.3.1 بیماران و جامعه در ترویج حقوق بیمار و خانواده مشارکت داده می‌شوند.	–
بازنویسی شد.	B.2.1.1 رضایت آگاهانه توسط بیمار یا قیم قانونی وی امضا می‌شود. در مورد کلیه خطرات، منافع و عوارض جانبی احتمالی پروسیجر درمانی قبل از انجام آن، به وی اطلاع داده می‌شود. پزشک توضیحات را به بیمار ارائه می‌کند و یک پرستار شاهد امضای بیمار است.	B.2.1.1 رضایت آگاهانه، قبل از هر اقدامی که نیاز به رضایت آگاهانه دارد، توسط کارکنان ذی‌صلاح به روش و زبانی که برای بیمار یا قیم قانونی وی قابل‌درک باشد، اخذ می‌شود.
بازنویسی شد.	B.2.2.1 بیمارستان تمامی بیماران خود و خانواده ایشان را در مورد وضعیت بیماری آنان و موضوعات عمومی ایمنی بیمار آگاه می‌نماید.	B.2.2.1 بیمارستان آموزش‌هایی را برای مشارکت بیمار و خانواده بیمار در برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری برای درمان و موضوعات عمومی مرتبط با ایمنی بیمار ارائه می‌دهد.
بازنویسی شد.	B.2.2.3 بیمارستان به مراقبین بیمار نحوه مراقبت پس از ترخیص بیمار را آموزش می‌دهد.	B.2.2.3 بیمارستان به بیمار و مراقبین بیمار در مورد نحوه مراقبت‌های پس از ترخیص آموزش می‌دهد.
جدید.	–	B.2.2.4 در زمان پذیرش، تاریخچه کامل پزشکی، برنامه درمانی و نیازهای بیمار ارزیابی شده و درپرونده پزشکی وی ثبت می‌شوند. معیار اساسی
جدید.	–	B.2.2.5 هنگام ترخیص،خلاصه‌ای دقیق از ترخیص یا ارجاع بیمار به اطلاع وی و پزشک اولیه/ارجاع‌دهنده ایشان رسانده می‌شود. معیار اساسی

تغییرات	ویرایش دوم	ویرایش سوم
جدید.	–	B.2.2.6 روش‌های آموزش سلامت فرهنگ، ارزش‌ها و ترجیحات بیماران و خانواده ایشان را مورد توجه قرار می‌دهند.
بازنویسی شد.	B.2.3.2 بیمارستان دارای وب‌سایتی است که در آن اطلاعات مربوط به مراقبت سلامت ارائه شده و بیماران به آن دسترسی دارند.	B.2.3.2 بیمارستان توصیه‌هایی در خصوص ایمنی بیمار از طریق رسانه‌های متعدد، از جمله مطالب آموزشی مکتوب، رسانه‌های اجتماعی و وب‌سایت عمومی ارائه می‌دهد.
جدید.	–	B.2.2.7 بیماران نسبت ارائه نظر در خصوص سه چالش جهانی سازمان جهانی بهداشت در خصوص ایمنی بیمار آگاه و تشویق می‌شوند. معیار پیشرفته
بازنویسی شد.	B.3.1.1 در فرایند شناسایی بیمار حداقل از دو شناسه برای شناسایی بیمار در کل بیمارستان و در تمامی مداخلات مرتبط با بیمار استفاده می‌شود.	B.3.1.1 در فرایند شناسایی بیمار در کل بیمارستان، حداقل از دو شناسه برای شناسایی بیمار استفاده می‌گردد.
بازنویسی شد.	B.3.2.1 سیستمی برای شناسایی هویت بیماران مبتلا به آلرژی (به‌عنوان مثال، کدبندی رنگی) موجود است.	B.3.2.1 سیستمی برای شناسایی هویت بیماران مبتلا به آلرژی و مستندسازی آن موجود است.
جدید.	–	B.3.2.2 حق بیماران برای حفظ حریم شخصی و محرمانه بودن مراقبت و اطلاعات وی مورد احترام قرار می‌گیرد.
بازنویسی شد.	B.3.3.1 بیمارستان برای شناسایی هویت بیماران از سیستم بارکد/ اثر انگشت استفاده می‌نماید.	B.3.3.1 بیمارستان برای شناسایی هویت بیماران از سیستم بارکد استفاده می‌نماید.
ادغام و بازنویسی شد.	B.4.2.2 بیمارستان به‌منظور ارتقای ایمنی بیمار، برگزاری مراسمی را به‌صورت منظم با مشارکت گروه‌های مدنی، سازمان‌های مردم‌نهاد و پیشگامان محلی برنامه‌ریزی می‌نماید. ادغام شده با B.4.2.1	B.4.2.1 بیمارستان پویش‌های ایمنی بیمار را به‌منظور به اشتراک گذاشتن راه‌حل‌ها و افزایش آگاهی از ایمنی بیمار در جامعه برگزار می‌نماید.
بازنویسی شد.	B.5.3.1 بیمارستان دارای سیستمی ساختارمند برای افشای حوادث به بیماران، مراقبین و کارکنان است.	B.5.2.1 بیمارستان دارای خط‌مشی افشای حوادث به کارکنان، بیماران و مراقبین آنها است. به معیار اساسی ارتقاء یافت.
بازنویسی شد.	B.5.3.2 بیمارستان دارای یک رابط برای توضیح و تشریح حوادث به بیماران و مراقبین آنها است.	B.5.2.2 بیمارستان دارای خدمت حمایت‌طلبی بیمار به‌منظور توضیح و تشریح اطلاعات دریافتی از تیم بالینی یا اطلاع‌رسانی حوادث به بیماران و مراقبین آنها می‌باشد. به معیار اساسی ارتقاء یافت.
بازنویسی شد.	B.6 بیمارستان بیماران را تشویق می‌نماید که نظرات و دیدگاه‌های خود را آزادانه و شفاف بیان نمایند و بر اساس نظر بیماران اقدامات اصلاحی انجام می‌دهد.	B.6 بیمارستان بیماران را نسبت به ارائه نظر و بیان دیدگاه‌هایشان تشویق می‌کند و بر اساس دغدغه‌ها و شکایات بیماران عمل می‌نماید.

تغییرات	ویرایش دوم	ویرایش سوم
بازنویسی شد.	B.6.2.1 بیمارستان نظرات بیماران و مراقبین آنها از طریق ابزار و روش‌های مختلف (مانند رضایت‌سنجی، بازدیدهای هیأت مدیره، شکایات، خط تلفن ویژه ایمنی بیمار، اخذ بازخورد از کارکنان، صندوق پیشنهادها و گروه‌های اجتماعی) اخذ می‌نماید.	B.6.2.1 بیمارستان نظرات و بازخورد بیماران و مراقبین آنها را با استفاده از فرایندهای فعال و غیرفعال اخذ می‌نماید
بازنویسی شد.	B.6.2.2 بیمارستان به شکایات بیماران با ارسال بازخورد به آنها و توضیح در مورد چگونگی مدیریت هر یک از موارد شکایات و تغییرات و اقدامات اصلاحی انجام شده به‌منظور اجتناب از بروز مجدد شکایات، پاسخ می‌دهد.	B.6.2.2 فرایندی جهت دریافت نظرات و بازخورد (اعم از تقدیر یا شکایت یا بهبود) وجود دارد که شامل نحوه دریافت نظرات، بررسی و رسیدگی در یک بازه زمانی معین است و بیماران، خانواده آنها و عموم جامعه از این فرایند مطلع هستند و به آن دسترسی دارند.
بازنویسی شد.	B.6.3.1 بیمارستان، بیماران و انجمن‌های حمایت از ایمنی بیمار را در تنظیم خط‌مشی‌ها و پیشنهاد عناوین پروژه‌های بهبود کیفیت مشارکت می‌دهد.	B.6.3.1 بیمارستان در ساختارهای حاکمیتی، تدوین خط‌مشی‌ها و در اجرای پروژه‌های بهبود کیفیت و ایمنی بیمار، بیماران و مراقبین آنها را مشارکت می‌دهد.
ادغام شد.	B.6.3.2 بیمارستان امکان گفت‌وگوی الکترونیک و تابلوی اعلانات برای بیماران و مراقبین آنان را به‌منظور انتقال دغدغه‌ها و تبادل راهکارهای موفق فراهم می‌نماید.	B.6.3.2 ادغام شده با B.6.2.1
حذف شد.	B.7.2.1 کارکنان بیمارستان آموزش‌های لازم را جهت حمایت از بیماران دیده‌اند و با اضطراب‌ها و دغدغه‌های بیماران به درستی کنار می‌آیند.	B.7.2.1 بیمارستان محیطی خصوصی، محرمانه و سازگار با جنسیت (طرح انطباق) برای بیماران فراهم می‌آورد.
بازنویسی شد.	B.7.2.2 بیمارستان دارای امکانات سرگرمی برای بیماران مانند پخش موزیک، تلویزیون، فیلم و کتابخانه است.	B.7.2.2 بیمارستان فضایی برای برقراری تعاملات اجتماعی، از جمله سرگرمی و تفریح برای بیماران فراهم می‌آورد.
حذف شد.	B.7.2.4 کارکنان بیمارستان به خانواده بیماران در حال احتضار توجه نموده و حمایت‌های لازم را به عمل می‌آورند.	–
بازنویسی شد.	C.1.1.1 بیمارستان به‌منظور اعلام اضطراری نتایج حیاتی آزمایش‌ها، کانال‌های ارتباطی همواره آزاد پیش‌بینی کرده است.	C.1.1.1 مدیریت ارشد بیمارستان کانال‌های ارتباطی مؤثر در سراسر بیمارستان، از جمله برای اعلام اضطراری نتایج بحرانی آزمایش‌ها برقرار کرده است.
بازنویسی شد.	C.1.2.8 بیمارستان به‌منظور تحویل کامل و ایمن بیماران بین تیم‌های درمانی (از جمله کارکنان شیفت‌ها) دارای رویه‌های در حال اجرا است.	C.1.1.5 بیمارستان به‌منظور تحویل کامل و ایمن بیماران بین تیم‌های درمانی و در زمان تعویض شیفت‌ها روال مشخصی دارد. به معیار اساسی ارتقاء یافت.
بازنویسی شد.	C.1.2.9 بیمارستان راهنماهای زایمان ایمن، شامل چک‌لیست زایمان ایمن سازمان جهانی بهداشت را اجرا می‌نماید.	C.1.1.6 بیمارستان راهنماهای زایمان ایمن و مسیر یکپارچه مراقبت را اجرا می‌نماید. به معیار اساسی ارتقاء یافت.

تغییرات	ویرایش دوم	ویرایش سوم
بازنویسی شد.	C.1.2.6 بیمارستان فهرست اختصارات پزشکی تأیید شده و فهرستی از اختصارات پزشکی، علائم و دوزها را که استفاده از آنها در بیمارستان ممنوع هستند، تهیه کرده است.	C.1.2.6 بیمارستان فهرست اختصارات پزشکی، علائم و دوزهای تأیید شده را برای استفاده در بیمارستان تهیه کرده است.
جدید.	–	C.1.2.7 فرایندی برای ادغام و هماهنگی خدمات ارائه شده به بیمار در داخل بخش‌ها و بین بخش‌ها و با خدمات مربوطه خارج از بیمارستان وجود دارد.
ارتقاء یافت.	C.1.2.7 بیمارستان اعلام نتایج تست‌های پاراکلینیکی و دستورات پزشک از طریق شفاهی و تلفنی را به حداقل رسانده و در مواردی که ارتباطات به طریق کلامی ضروری است، از فن بازخوانی مجدد به‌منظور اطمینان از صحت شنیده‌ها، استفاده می‌شود.	به معیار الزامی ارتقاء یافت.
بازنویسی شد.	C.1.2.1 در صورت لزوم بیمارستان از راهنماهای خدمات بالینی از جمله راهنماهای بالینی سازمان جهانی بهداشت تبعیت می‌کند.	C.1.2.1 بیمارستان فرایندی مشخص و تعریف‌شده برای تهیه و تنظیم راهنماهای بالینی دارد و یک "کمیته داخلی راهنماهای بالینی" دارد که در فواصل زمانی منظم جهت انتخاب و تضمین اجرای راهنماها، پروتکل‌ها و چک‌لیست‌های مرتبط با ایمنی تشکیل جلسه می‌دهد.
بازنویسی شد.	C.2.1.1 بیمارستان دارای برنامه پیشگیری و کنترل عفونت بیمارستانی مشتمل‌بر نمودار سازمانی، برنامه عملیاتی، راهنماها و کتابچه است.	C.2.1.1 بیمارستان دارای برنامه هماهنگ و جامع برای کلیه فعالیت‌های مربوط به پیشگیری و کنترل عفونت است که تمام رشته‌ها و تخصص‌ها را در برمی‌گیرد.
بازنویسی شد.	C.2.1.2 بیمارستان تمیزی، ضدعفونی و استریلیزاسیون مناسب کلیه تجهیزات را با تأکید خاص بر واحدها و بخش‌های پرخطر تضمین می‌نماید.	C.2.1.2 بیمارستان تمیزی، ضدعفونی و استریلیزاسیون مناسب کلیه تجهیزات را تضمین می‌نماید.
جدید.	–	C.2.1.3 فردی واجد شرایط به‌عنوان مسئول تمامی فعالیت‌های پیشگیری و کنترل عفونت تعیین شده است. معیار الزامی
بازنویسی شد.	C.2.2.1 بیمارستان از راهنماهای معتبر از جمله راهنمای سازمان جهانی بهداشت جهت پیشگیری و کنترل عفونت تبعیت می‌نماید.	C.2.2.1 بیمارستان جهت پیشگیری و کنترل عفونت از راهنماهای مبتنی‌بر شواهد، از جمله راهبرد بهبود چندمدلی سازمان جهانی بهداشت برای برنامه اثربخش پیشگیری و کنترل عفونت تبعیت می‌نماید.
انتقال یافت.	C.2.2.3 بیمارستان دارای نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی است.	C.2.3.1 بیمارستان دارای نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی است.

تغییرات	ویرایش دوم	ویرایش سوم
بازنویسی شد.	C.2.2.7 بیمارستان به‌منظور شناسایی عفونت‌های کلونیزه شده و قابل‌انتقال بایستی کارکنان را قبل از استخدام و به‌طور منظم پس از استخدام غربالگری نماید.	C.2.2.6 بیمارستان به‌منظور شناسایی عفونت‌های کلونیزه شده و قابل انتقال، کارکنان را قبل از استخدام و به‌طور منظم پس از استخدام بر اساس بهترین شواهد موجود غربالگری می‌نماید.
بازنویسی شد.	C.3.1.1 بیمارستان راهنماهای معتبر از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت را در زمینه خون و فرآورده‌های خونی ایمن اجرا می‌نماید.	C.3.1.1 بیمارستان راهنماهای معتبر از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت را در زمینه خون و فرآورده‌های خونی ایمن و باکیفیت اجرا می‌نماید.
حذف و ادغام شد.	C.3.1.2 بیمارستان اقدامات قبل از انتقال خون را به روش ایمن انجام می‌دهد. ادغام شده با C.3.2.1	C.3.1.2 بیمارستان تضمین می‌نماید که جهت شناسایی نمونه خون بیمار برای تست کراس‌مچ از دو شناسه اختصاصی و انحصاری استفاده می‌نماید. به معیار اساسی ارتقاء یافت.
حذف شد.	C.3.3.1 بیمارستان از فرایندهای بالینی استفاده می‌نماید که خونروی و نیاز به انتقال خون را کاهش دهد. تحت پوشش C.3.3.2	–
انتقال یافت.	C.4.2.1 بیمارستان به‌منظور تضمین انجام تزریقات ایمن سیستمی فعال دارد.	به A.5.2.6 انتقال یافت.
بازنویسی شد.	C.5.2.1 سیستم دارویی ایمن بیمارستان موارد زیر را پوشش می‌دهد: انتخاب، تهیه و تدارک دارو؛ ذخیره‌سازی دارو؛ دستور تجویز دارو و نسخه‌نویسی؛ آماده‌کردن دارو و نسخه‌پیچی؛ دادن دارو به بیمار و پیگیری آن.	C.4.1.1 داروساز دارای مجوز فعالیت، سیستم مدیریت دارویی را در بیمارستان به‌نحوی مدیریت می‌نماید که نیازهای بیمار را پاسخ داده، قوانین و مقررات جاری کاربردی را رعایت کرده و از راهنماهای سازمان جهانی بهداشت تبعیت می‌نماید. معیار الزامی
بازنویسی شد.	C.5.2.6 بیمارستان روال مشخصی برای مدیریت درد دارد و دسترسی به داروهای مخدر در بخش‌های بستری را کنترل می‌کند.	C.4.2.5 بیمارستان روال مشخصی برای مدیریت درد دارد و دسترسی به مواد مخدر و ذخیره آن را طبق مقررات جاری کنترل می‌نماید.
بازنویسی شد.	C.5.3.1 بیمارستان داروسازان بالینی دارد که در تجویز داروها مشارکت داشته و سیستمی برای شناسایی تداخلات دارو و تداخلات دارو با غذا را دارد	C.4.3.1 بیمارستان داروسازان بالینی دارد که در فرایند تجویز دارو مشارکت داشته و سیستمی برای شناسایی تداخلات دارو – دارو و دارو – غذا دارد.
ارتقاء یافت.	C.5.3.2 بیمارستان دارای خط‌مشی و روش اجرایی برای مدیریت خطاهای دارویی است.	به معیار اساسی ارتقاء یافت.
انتقال یافت.	C.6.2.1 بیمارستان دارای سیستم بایگانی مدارک پزشکی است و به نگهداشت آن اهتمام می‌ورزد.	به C.6.2.2 انتقال یافت.
انتقال و ادغام یافت.	C.6.2.2 بیمارستان تضمین می‌نماید که هر یک از بیماران تنها دارای یک پرونده پزشکی کامل و یک شناسه واحد و اختصاصی هستند.	به A.6.2.2 انتقال یافت و با آن ادغام شد.

تغییرات	ویرایش دوم	ویرایش سوم
انتقال یافت و بازنویسی شد.	C.6.2.3 بیمارستان برای طبقه‌بندی بیماری‌ها، تشخیص‌ها و پروسیجرهای درمانی از کدهای استاندارد [ICD-10] استفاده می‌کند.	A.6.2.3 بیمارستان از کدهای استاندارد برای طبقه‌بندی تشخیص بیماری‌ها و پروسیجرهای بالینی استفاده می‌نماید.
انتقال یافت و بازنویسی شد.	C.6.2.4 بیمارستان سهولت دسترسی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت را به پرونده پزشکی در مواقع نیاز تضمین می‌نماید.	A.6.2.4 بیمارستان تضمین می‌نماید که پرونده‌های پزشکی در محیطی امن نگهداری می‌شوند و در صورت نیاز، به‌راحتی در دسترس ارائه‌دهندگان خدمات سلامت قرار دارند.
انتقال یافت و بازنویسی شد.	C.6.3.1 بیماران به پرونده خود دسترسی داشته، فرصت بازبینی و اصلاح پرونده به آنان داده می‌شود.	B.4.3.2 بیماران به پرونده پزشکی خود دسترسی داشته و این فرصت را در اختیار دارند تا در صورت لزوم بتوانند از پزشک معالج خود توضیح بخواهند.
انتقال یافت.	C.6.3.2 بیمارستان دارای سیستم خودکار مدیریت اطلاعات و پرونده پزشکی الکترونیک با ذخیره – پشتیبانی مناسب است.	به D.1.3.1 انتقال یافت.
حذف شد.	C.6.3.3 بیمارستان دارای سیستم کامپیوتری ورود دستورات پزشک است.	–
حذف شد.	C.6.3.4 بیمارستان دارای سیستم اتوماتیک (خودکار) هشدار بالینی اثربخش است.	–
بازنویسی شد.	D.1.2.1 بیمارستان دارای کمیته چند تخصصی بهداشت و ایمنی محیط است.	D.1.2.1 بیمارستان یک فرد مسئول برای بهداشت و ایمنی محیط دارد که با پشتیبانی یک کمیته چند تخصصی فعالیت می‌نماید.
بازنویسی شد.	D.1.2.2 در طراحی بیمارستان حداکثر توجه به محیط ایمن، از جمله کنترل عفونت شده است.	D.1.2.2 در طراحی بیمارستان حداکثر توجه به ایجاد محیط ایمن، از جمله موازین کنترل عفونت و جداسازی فضاهای تمیز و کثیف شده است.
بازنویسی شد.	D.1.2.3 بیمارستان برنامه نگهداری پیشگیرانه برای حفظ محیط فیزیکی خود دارد.	D.1.2.3 بیمارستان برای تجهیزات پزشکی و محیط فیزیکی خود برنامه تعمیر و نگهداشت پیشگیرانه دارد.
بازنویسی و ادغام شد.	D.1.2.6 بیمارستان برنامه مدیریت مخاطرات و بلایای خارجی را اجرا می‌نماید. با D.1.2.7 ادغام شد.	D.1.2.6 بیمارستان برنامه مدیریت مخاطرات و بلایای داخلی و خارجی را تهیه کرده و آنها را به‌صورت آزمایشی اجرا می‌نماید.
جدید.	–	D.1.2.7 بیمارستان دارای سیستم نظارتی است که در صورت خرابی و نقص فنی خدمات حیاتی مانند برق، آب و گازهای طبی هشدار می‌دهد. معیار اساسی
بازنویسی شد.	D.1.2.8 بیمارستان دارای برنامه ایمنی در برابر دود و حریق به همراه طرح تخلیه اضطراری افراد است.	D.1.2.8 بیمارستان دارای برنامه ایمنی در برابر حریق است که شامل طرح تخلیه است.

تغییرات	ویرایش دوم	ویرایش سوم
جدید.	–	D.1.2.15 بیمارستان سازوکارهایی برای اطمینان از وجود ذخایر پشتیبان برای خدمات پایه شامل گازهای طبی، آب و برق، و جایگزینی آن در صورت خرابی و نقص تأسیسات دارد.
بازنویسی شد.	D.1.2.9 بیمارستان برنامه اثربخش جهت سیستم تأسیسات مشتمل‌بر آب، گازهای طبی، سوخت و سیستم‌های ارتباطی دارد که شامل برنامه نگهداری با رویکرد پیشگیرانه و نیز برنامه پشتیبانی جایگزین در صورت خرابی و یا نقص فنی تأسیسات است.	D.1.2.9 بیمارستان برنامه اثربخش جهت سیستم تأسیسات مشتمل‌بر آب، گازهای طبی و سوخت دارد.
بازنویسی شد.	D.1.2.10 بیمارستان دارای برنامه حفاظت در برابر اشعه است.	D.1.2.10 بیمارستان دارای برنامه حفاظت در برابر اشعه است و یک فرد مشخص، مسئول اجرای آن می‌باشد.
بازنویسی شد.	D.2.1.1 بیمارستان پسماندها را بر اساس میزان خطر از مبدأ تفکیک کرده و کدبندی رنگی می‌نماید (راهنما را ملاحظه نمایید).	D.2.2.5 بیمارستان پسماندها را بر اساس سطح خطر از مبدأ تفکیک کرده و کدبندی رنگی می‌نماید.
بازنویسی شد.	D.2.1.2 بیمارستان از راهنماها از جمله راهنمای سازمان جهانی بهداشت، جهت مدیریت دفع پسماندهای نوک‌تیز و بُرنده تبعیت می‌نماید.	D.2.1.1 بیمارستان راهنماهای مدیریت دفع پسماندهای نوک‌تیز و بُرنده را رعایت می‌نماید.
بازنویسی شد.	D.2.2.1 بیمارستان از راهنماها از جمله راهنمای سازمان جهانی بهداشت جهت مدیریت دفع ایمن پسماندهای ناشی از خدمات بهداشتی و درمانی تبعیت می‌نماید.	D.2.2.1 بیمارستان راهنماهای مدیریت ایمن پسماندها از جمله نگهداری و دفع ایمن پسماند را رعایت می‌نماید.
بازنویسی شد.	D.2.2.2 بیمارستان از راهنماها از جمله راهنمای سازمان جهانی بهداشت در مورد مدیریت پسماندهای بیولوژیک تبعیت می‌نماید.	D.2.2.2 بیمارستان راهنماهای مدیریت پسماندهای بیولوژیک را رعایت می‌نماید.
بازنویسی شد.	D.2.2.3 بیمارستان از راهنماها از جمله راهنمای سازمان جهانی بهداشت در مورد مدیریت پسماندهای شیمیایی تبعیت می‌نماید.	D.2.2.3 بیمارستان راهنماهای مدیریت پسماندهای شیمیایی را رعایت می‌نماید.
بازنویسی شد.	D.2.2.4 بیمارستان از راهنماها از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت جهت مدیریت دفع پسماندهای رادیولوژیک تبعیت می‌نماید.	D.2.2.4 بیمارستان راهنماهای مدیریت پسماندهای رادیولوژیک را رعایت می‌نماید.
ارتقاء یافت.	E.1.2.1 تمامی کارکنان بیمارستان دوره آموزش توجیهی در زمینه ایمنی بیمار را گذرانده‌اند.	E.1.1.1 تمامی کارکنان بیمارستان دوره آموزش توجیهی در زمینه ایمنی بیمار را گذرانده‌اند. به معیار الزامی ارتقاء یافت.
بازنویسی شد.	E.1.2.2 بیمارستان کمیت و کیفیت آموزش مداوم خود را برای حصول اطمینان از ارائه مراقبت ایمن به بیماران ارتقاء می‌دهد.	E.1.2.1 بیمارستان برنامه‌های آموزش مداوم را برای کلیه کارکنان به‌منظور تضمین ارائه خدمات ایمن به بیماران و احترام به حقوق بیماران اجرا می‌نماید.
انتقال و ارتقاء یافت.	E.1.3.1 همه کارکنان با روش‌های اجرایی گزارش‌دهی موارد نزدیک به خطا، وقایع ناخواسته و وقایع ناگوار و مراحلی که باید در طول یا بعد از وقوع یک واقعه ناگوار انجام شود، آشنا هستند.	به A.2.2.5 انتقال و به معیار الزامی ارتقاء یافت.

تغییرات	ویرایش دوم	ویرایش سوم
جدید.	–	E.2.3.2 بیمارستان به‌منظور ارتقای فعالیت‌های ایمنی بیمار، پروژه‌های بهبود کیفیت را اجرا می‌نماید.
انتقال و ارتقاء یافت.	E.2.3.1 کمیته کادر پزشکی یا سایر کمیته‌ها صلاحیت تمامی کادر حرفه‌ای (تخصصی) را پایش می‌کند.	به A.5.2.1 انتقال و به معیار الزامی ارتقاء یافت.
انتقال و ارتقاء یافت.	E.2.3.2 بیمارستان صحت گواهی‌های اخذ شده توسط کلیه کارکنان حرفه‌ای خود را از سایر مؤسسات کشوری، منطقه‌ای و یا بین‌المللی احراز می‌نماید.	به A.5.1.2 منتقل شد و به معیار الزامی ارتقاء یافت.
ادغام و انتقال یافت.	E.3.2.1 بیمارستان به‌منظور تضمین ارائه خدمات ایمن‌تر، طبق روال منظم، حداقل هر سال یک‌بار مطالعات مقطعی سازمان جهانی بهداشت را به‌منظور ارزیابی وسعت، شدت و ماهیت وقایع ناخواسته انجام می‌دهد.	با E.3.3.1 ادغام و به E.2.3.1 منتقل شد. بیمارستان در راستای بهبود ایمنی خدمات ارائه شده، مطالعات گذشته‌نگر، آینده‌نگر، و/یا مقطعی را به‌منظور ارزیابی وسعت، شدت و ماهیت وقایع ناخواسته به‌طور سالانه اجرا می‌نماید.
انتقال و ارتقاء یافت.	E.3.3.2 بیمارستان دارای سیستم گزارش‌دهی برای وقایع ناخواسته، وقایع ناگوار و موارد نزدیک به خطا است.	به A.2.2.5 منتقل شد. به معیار الزامی ارتقاء یافت.

بخش دوم. استانداردهای چارچوب بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار

بخش دوم: این بخش شامل جدولی است که استانداردهای ۵ حیطه اصلی را دربرگرفته است و به همراه هر استاندارد، اعداد معیارهای الزامی، اساسی و پیشرفته ارائه شده است.

جزییات هر استاندارد به همراه معیارهای مربوطه در یک جدول به‌طور جداگانه نمایش داده شده است. در این جداول، راهنمای شواهد کلیدی برای مستندات میزان انطباق هر معیار ارائه شده است.

جزییات بیشتر در مورد مصاحبه‌ها، مشاهده‌ها و فهرست مستندات برای کمک به اجرای فرایند ارزیابی در بخش سه ارائه شده است.

جدول ۱. (قبلاً ذکر شده است): توزیع معیار طبقه‌بندی شده بر اساس پنج حیطه چارچوب بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار(PSFHF)

حیطه (ویرایش سوم)	معیارهای الزامی	معیارهای اساسی	معیارهای پیشرفته	تعداد کل معیارها در هر حیطه
A: رهبری و مدیریت (۶ استاندارد)	۷	۲۶	۳	۳۶
B: مشارکت بیماران و جامعه (۷ استاندارد)	۲	۲۲	۷	۳۱
C: خدمات بالینی ایمن و مبتنی‌بر شواهد (۴ استاندارد)	۱۴	۲۴	۲	۴۰
D: محیط ایمن (۲ استاندارد)	۱	۲۰	۱	۲۲
E: آموزش مداوم (۳ استاندارد)	۱	۲	۲	۵
تعداد کل	**۲۵**	**۹۴**	**۱۵**	**۱۳۴**

حیطه A: رهبری و مدیریت

حیطه	بیانیه استاندارد	تعداد معیارها		
		الزامی	اساسی	پیشرفته
A. رهبری و مدیریت	A.1 مدیریت ارشد بیمارستان متعهد به ایمنی بیمار است.	۳	۴	۱
	A.2 بیمارستان دارای برنامه ایمنی بیمار است.	۱	۷	۱
	A.3 بیمارستان از داده‌ها به‌منظور بهبود ایمنی ارائه خدمات استفاده می‌نماید.	۰	۲	۱
	A.4 بیمارستان جهت ارائه خدمات دارای وسایل و تجهیزات ضروری با کارکرد مناسب است.	۱	۳	۰
	A.5 مدیریت ارشد بیمارستان از وجود کارکنان شایسته و واجد صلاحیت، از جمله پزشکان و نیروهای داوطلب مستقل، برای ارائه خدمات ایمن در تمامی شیفت‌های کاری اطمینان حاصل می‌نماید.	۲	۶	۰
	A.6 بیمارستان دارای نظام مدیریت اطلاعات جهت پشتیبانی از ایمنی ارائه خدمات ارائه‌شده برای همه بخش‌ها است.	۰	۴	۰
	کل	**۷**	**۲۶**	**۳**

A.1	سطح معیار	بیانیه معیار	راهنما برای شواهد انطباق
مدیریت ارشد بیمارستان متعهد به ایمنی بیمار است.	معیار الزامی	A.1.1.1 بیمارستان برنامه راهبردی (استراتژیک) دارد که در آن ایمنی بیمار حائز اولویت است.	• برنامه راهبردی مبتنی‌بر شواهد اهداف ایمنی بیمار. • برنامه عملیاتی مبتنی‌بر شواهد فعالیت‌های سالانه ایمنی بیمار.
		A.1.1.2 نظام حاکمیت / رهبری سازمانی و بالینی مشخصی در بیمارستان وجود دارد.	• نمودار سازمانی که سلسله مراتب نظارت و پاسخ‌دهی برای همه کارکنان و تمامی بخش‌ها را نمایش می‌دهد. • شرح وظایف مدیریت بیمارستان و مدیر / معاون درمان یا معادل آنها.
		A.1.1.3 مدیریت ارشد بیمارستان با هدف بهبود فرهنگ ایمنی بیمار، بازدیدهای ماهانه مدیریتی ایمنی بیمار را به‌منظور شناسایی خطرات موجود در سیستم و اعمال مداخله در خصوص موضوعات مرتبط با ایمنی بیمار انجام می‌دهد.	• برنامه بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار. • اعضای تیم‌های بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار. • صورت‌جلسه و اقدامات انجام شده. • مستندات بازخورد به کارکنان.
	معیار اساسی	A.1.2.1 مدیریت ارشد بیمارستان منابع لازم، از جمله بودجه سالانه برای فعالیت‌های ایمنی بیمار را بر اساس برنامه عملیاتی تفضیلی فراهم می‌نماید.	• در بودجه بیمارستان یک ردیف اختصاصی برای ایمنی بیمار وجود دارد. • وجود منابع مالی برای برنامه پیشگیری و کنترل عفونت؛ آموزش پرسنل.
		A.1.2.2 مدیریت ارشد بیمارستان چارچوبی برای مدیریت اخلاقی فراهم می‌نماید که از تصمیم‌گیری در ارائه مراقبت‌های بالینی و مدیریت پژوهش پشتیبانی می‌نماید.	• اصول اخلاق، به‌عنوان مثال در رابطه با پژوهش، احیا، رضایت و حفظ محرمانگی. • خط‌مشی حمایت اخلاقی برای تصمیمات بالینی دشوار. • خط‌مشی اخلاق در پژوهش.
		A.1.2.3 مدیریت ارشد بیمارستان فرهنگ ایمنی بیمار را به‌صورت سالانه ارزیابی می‌نماید و متعاقب آن برنامه‌های عملیاتی هر سه ماه یک‌بار مورد بازبینی قرار می‌گیرند.	• فرایند ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار با استفاده از پرسشنامه، به‌عنوان مثال پرسشنامه آژانس کیفیت و تحقیقات مراقبت سلامت[1] برای ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار. • فرایند ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار قبل و حین اجرای برنامه‌های ایمنی بیمار.
		A.1.2.4 مدیریت ارشد بیمارستان هرسال، روز جهانی بهداشت دست (۵ می – ۱۵ اردیبهشت) و روز جهانی ایمنی بیمار (۱۷ سپتامبر – ۲۶ شهریور) را به رسمیت شناخته و طی مراسمی از آن تجلیل می‌کند.	• وجود شواهدی از فعالیت‌های انجام گرفته در مورد ایمنی بیمار در بیمارستان و/ یا در جامعه در روزهای ۵ می و ۱۷ سپتامبر.
	معیار پیشرفته	A.1.3.1 برنامه راهبردی (استراتژیک) بیمارستان شامل بیانیه‌های مأموریت، چشم‌انداز و ارزش‌هایی است که بر وجود فرهنگ ایمنی دلالت دارند.	• برنامه راهبردی با بیانیه‌های مأموریت، چشم‌انداز و ارزش‌ها. • وجود شواهد ایمنی بیمار در داخل بیانیه‌ها.

1. Agency for Health Research and Quality (AHRQ)

A.1.1.1 بیمارستان برنامه راهبردی (استراتژیک) دارد که در آن ایمنی بیمار حائز اولویت است.

معیارهای قابل‌سنجش

- مستندات مبنی‌بر وجود راهبرد ایمنی بیمار و / یا راهبرد بیمارستان؛
- بهره‌مندی از نتایج خودارزیابی و / یا ارزیابی خارجی صورت‌گرفته با استفاده از راهنمای ایمنی بیمار، سازمان جهانی بهداشت در تهیه برنامه عملیاتی برای بهبود ایمنی بیمار؛
- برنامه عملیاتی ایمنی بیمار، تفضیلی و دارای راهبرد پایش است.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• مستندات مبنی‌بر وجود راهبرد ایمنی بیمار در برنامه راهبردی بیمارستان. • گزارش‌های نظارتی برای اهداف راهبردی برنامه از جمله خطر وقایع ناخواسته. • برنامه عملیاتی برای رفع کاستی‌های شناسایی شده بر اساس فرایندهای نظارتی.
مصاحبه‌ها	• برنامه راهبردی بیمارستان چگونه ایمنی بیمار را منعکس می‌کند؟ • بیمارستان چگونه وضعیت ایمنی بیمار خود را نسبت به «راهنمای ارزیابی ایمنی بیمار» بررسی می‌کند؟ • از نتایج گزارش‌های ارزیابی چگونه استفاده می‌نمایید؟ • چگونه اجرا و پیاده‌سازی اقدامات صورت گرفته را نظارت و پیگیری می‌نمایید ؟
مشاهده	• در این مورد کاربردی ندارد.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان دارای برنامه راهبردی با اولویت ایمنی بیمار باشد، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان برنامه راهبردی با اولویت ایمنی بیمار نداشته باشد، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

A.1.1.2 نظام حاکمیت / رهبری سازمانی و بالینی مشخصی در بیمارستان وجود دارد.

معیارهای قابل‌سنجش

- نمودار سازمانی که سلسله مراتب و روابط گزارش‌دهی تیم‌های مدیریت بالینی را برای تمامی کارکنان و در تمامی بخش‌های سازمان نشان می‌دهد؛
- مستنداتی که شرح وظایف مدیرعامل / مدیریت ارشد بیمارستان و مدیر بالینی / معاون درمان یا سِمت‌های مشابه را نشان می‌دهد؛
- مستنداتی که نقش‌ها و مسئولیت‌های تیم‌های حاکمیت سازمانی و بالینی را نشان می‌دهد.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• نمودار سازمانی که سلسله مراتب و روابط گزارش‌دهی تیم مدیریت سازمانی و بالینی را برای تمام کارکنان و در همه بخش‌ها نشان می‌دهد. • مستنداتی که شرح وظایف مدیرعامل/ مدیریت ارشد بیمارستان و مدیر بالینی/ معاون درمان یا سِمت‌های مشابه را نشان می‌دهد. • مستنداتی که نقش‌ها و مسئولیت‌های تیم‌های حاکمیت سازمانی و بالینی را نشان می‌دهد. • گزارش ارزیابی‌های داخلی یا خارجی.
مصاحبه‌ها	• بیمارستان چگونه تیم مدیریت را در مورد نقش‌ها و مسئولیت‌هایشان هدایت می‌نماید؟ • آیا سیستم گزارش‌دهی در بیمارستان فعال و مستقر است؟ • جریان اطلاعات چگونه در ساختار سازمان جریان دارد؟ • سؤال از شخص مرتبط، پایش اثربخشی نظام حاکمیت بالینی اجرا شده در بیمارستان چگونه صورت می‌گیرد؟
مشاهده	• تابلوهای خاصی که دفاتر اعضای مختلف تیم مدیریت، مانند مدیران، مدیر کشیک، پزشکان کشیک و غیره را نشان می‌دهد.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان دارای نظام حاکمیت/ رهبری سازمانی و بالینی کاملاً مشخص باشد، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان، نظام حاکمیت/ رهبری سازمانی و بالینی کاملاً مشخصی نداشته باشد، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

A.1.1.3 مدیریت ارشد بیمارستان با هدف بهبود فرهنگ ایمنی بیمار، بازدیدهای ماهانه مدیریتی ایمنی بیمار[1] را به‌منظور شناسایی خطرات موجود در سیستم و اِعمال مداخله در خصوص موضوعات مرتبط با ایمنی بیمار انجام می‌دهد.

معیارهای قابل‌سنجش

- سوابق و گزارش‌های مربوط به انجام بازدیدهای مدیریتی ماهانه ایمنی بیمار؛
- شواهد انجام بازدیدهای مدیریتی ماهانه ایمنی بیمار به‌منظور ترویج فرهنگ ایمنی بیمار، یادگیری از خطرات موجود در سیستم و اِعمال مداخله بر اساس فرصت‌های موجود برای ارتقای ایمنی بیمار؛
- اقدامات اصلاحی و بهبودها بر اساس نتایج این بازدیدها صورت می‌گیرند؛
- بازخورد در خصوص اقدامات انجام شده به کارکنانی که فرصت‌ها را شناسایی و یا موارد را پیشنهاد می‌کنند، صورت می‌گیرد.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

1. Patient safety walk-rounds

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• نمونه‌ی تصادفی طبقه‌بندی شده از گزارش‌های بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار. • نمونه‌ی تصادفی طبقه‌بندی شده از گزارش‌هایی که نشان می‌دهد بهبودها بر اساس یافته‌های بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار انجام می‌شود. • نمونه‌ی تصادفی طبقه‌بندی شده از نامه‌ها/ یا ایمیل‌های بازخورد به کارکنان که نشان می‌دهد به موارد بهبود پیشنهاد شده توسط آنان توجه و اجرایی شده است.
مصاحبه‌ها	• آیا شواهدی مبنی‌بر انجام بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار وجود دارد؟
مشاهده	• در این مورد کاربردی ندارد.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که مدیریت ارشد بازدیدهای دوره‌ای منظم را به‌منظور ارتقای ایمنی بیمار، شناسایی خطرات درون مجموعه و اِعمال مداخله بر اساس فرصت‌های بهبود ایمنی بیمار را اجرا می‌نماید و سوابق و گزارش‌های بازدیدهای مدیریتی و برنامه عملیاتی ارتقاء موجود است، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که هیچ‌گونه شواهدی مبنی بر انجام بازدیدهای مدیریتی توسط مدیریت ارشد بیمارستان به‌منظور بهبود فرهنگ ایمنی بیمار، شناسایی خطرات موجود در مجموعه و اِعمال مداخله بر اساس فرصت‌های بهبود ایمنی بیمار موجود نیست، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

A.1.2.1 مدیریت ارشد بیمارستان منابع لازم، از جمله بودجه سالانه برای فعالیت‌های ایمنی بیمار را بر اساس برنامه عملیاتی تفضیلی فراهم می‌نماید.

معیارهای قابل‌سنجش

- منابع بر اساس یک برنامه عملیاتی تفضیلی به فعالیت‌های ایمنی بیمار تخصیص داده می‌شوند.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• بودجه سالانه برای فعالیت‌های ایمنی بیمار مبتنی‌بر برنامه عملیاتی تفضیلی.
مصاحبه‌ها	• آیا شواهدی مبنی‌بر تخصیص ردیف بودجه معین برای همه برنامه‌های عملیاتی ایمنی بیمار وجود دارد؟
مشاهده	• در این مورد کاربردی ندارد.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان بودجه سالانه مبتنی‌بر برنامه عملیاتی تفضیلی برای کلیه فعالیت‌های ایمنی بیمار داشته باشد، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که شواهدی در بیمارستان مبنی‌بر اختصاص بودجه سالانه مبتنی‌بر برنامه عملیاتی تفضیلی به فعالیت‌های ایمنی بیمار وجود نداشته نباشد، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

A.1.2.2 مدیریت ارشد بیمارستان چارچوبی برای مدیریت اخلاقی فراهم می‌نماید که از تصمیم‌گیری در ارائه مراقبت‌های بالینی و مدیریت پژوهش پشتیبانی می‌نماید.

معیارهای قابل‌سنجش

- اصول اخلاق[1]، به‌عنوان مثال در رابطه با پژوهش، احیا، رضایت و محرمانه بودن اطلاعات؛
- فرایند نظارت بر رعایت اصول اخلاق؛
- خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی اصول اخلاق؛
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی مرتبط با اصول اخلاق؛
- برگزاری منظم جلسات کمیته اخلاق پزشکی بیمارستان.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• اصول اخلاق، به‌عنوان مثال، در رابطه با پژوهش، احیا، رضایت و محرمانه بودن اطلاعات. • فرایند نظارت بر رعایت اصول اخلاق. • خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی اصول اخلاق. • سوابق آموزشی کارکنان در زمینه خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی اصول اخلاق. • گزارش جلسات کمیته اخلاق پزشکی.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی وجود دارد که بیمارستان برای مثال، در رابطه با پژوهش، احیا، رضایت و محرمانه بودن اطلاعات با برگزاری جلسات منظم کمیته اخلاق پزشکی اصول اخلاق را رعایت می‌نماید؟
مشاهده	• در این مورد کاربردی ندارد.

1. Code of ethics

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان اصول اخلاقی را با استناد به گزارش جلسات منظم کمیته اخلاق پزشکی و وجود ضوابط اخلاقی و حرفه‌ای در بیمارستان، رعایت می‌نماید، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان اصول اخلاقی را با استناد به عدم وجود گزارش جلسات منظم کمیته اخلاق پزشکی و نبود ضوابط اخلاقی و حرفه‌ای در بیمارستان، رعایت نمی‌نماید، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

A.1.2.3 مدیریت ارشد بیمارستان فرهنگ ایمنی بیمار را به‌صورت سالانه ارزیابی می‌نماید و متعاقب آن برنامه‌های عملیاتی هر سه ماه یک‌بار مورد بازبینی قرار می‌گیرند.

معیارهای قابل‌سنجش

- فرایند ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار با استفاده از پرسشنامه، به‌عنوان مثال، پرسشنامه آژانس کیفیت و تحقیقات مراقبت سلامت[1] برای ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار؛
- فرایند ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار قبل و در حین اجرای برنامه‌های بهبود ایمنی بیمار. این ارزیابی می‌تواند با استفاده از پرسشنامه سنجش نگرش ایمنی یا پرسشنامه‌های ایمنی بیمار یا رویکردهای کیفی صورت گیرد؛
- داده‌های عملکرد و فعالیت‌های بهبود کیفیت هر سه ماه یک‌بار به مدیریت ارشد گزارش می‌شود؛
- فرایندی برای تجزیه‌وتحلیل داده‌های جمع‌آوری شده و اجرای برنامه عملیاتی بهبود وجود دارد.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• پرسشنامه برای ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار کارکنان. • نتایج پیمایش‌های فرهنگ ایمنی بیمار و اقدامات انجام‌گرفته بر اساس داده‌های جمع‌آوری شده. • گزارش‌های ارائه شده به مدیریت ارشد در خصوص داده‌های عملکرد و فعالیت‌های بهبود کیفیت.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی وجود دارد که مدیریت ارشد، فرهنگ ایمنی بیمار کارکنان را در مقاطع سالانه بررسی می‌نماید؟
مشاهده	• در این مورد کاربردی ندارد.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که مدیریت ارشد فرهنگ ایمنی بیمار کارکنان را به‌طور سالانه بررسی می‌نماید، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که مدیریت ارشد فرهنگ ایمنی بیمار کارکنان را به‌طور سالانه بررسی نمی‌نماید، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

1. Agency for Healthcare Research and Quality-(AHRQ)

A.1.2.4 مدیریت ارشد بیمارستان هرسال، روز جهانی بهداشت دست (۵ می – ۱۵ اردیبهشت) و روز جهانی ایمنی بیمار (۱۷ سپتامبر – ۲۶ شهریور) را به رسمیت شناخته و طی مراسمی از آن تجلیل می‌کند.

معیارهای قابل‌سنجش

- بیمارستان روز جهانی بهداشت دست و روز جهانی ایمنی بیمار را به رسمیت شناخته و در فعالیت‌های مرتبط با این روز مشارکت نموده و مشارکت جامعه را نیز در این زمینه جلب می‌نماید؛
- مدیریت ارشد بیمارستان در خصوص راهنماهای بهداشت دست و استانداردهای ایمنی بیمار سازمان جهانی بهداشت توجیه هستند و روز جهانی هر یک از آنها را به رسمیت می‌شناسد؛
- تجلیل و تقدیر از پیشگامان بیمارستان در زمینه رعایت راهنماها و استانداردهای ایمنی بیمار سازمان جهانی بهداشت.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• مستندات فرایند مشارکت و بزرگداشت روز جهانی بهداشت دست و روز جهانی ایمنی بیمار توسط بیمارستان از جمله تهیه گزارش، فیلم، عکس و ارائه سخنرانی. • فهرست کارکنانی که به جهت عملکرد مطلوب در زمینه ایمنی بیمار، از جمله رعایت راهنماهای بهداشت دست مورد تقدیر قرار گرفته‌اند.
مصاحبه‌ها	• آیا کارکنان بالینی و اداری در مورد روز جهانی بهداشت دست و روز جهانی ایمنی بیمار توجیه هستند؟ • آیا این چالش‌ها در اولویت برنامه کاری تیم مدیریت و رهبری بیمارستان قرار دارد؟
مشاهده	• در این مورد کاربردی ندارد.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان روز جهانی بهداشت دست و روز جهانی ایمنی بیمار را به رسمیت شناخته و با برگزاری مراسمی رسمی آن را جشن می‌گیرد، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان هرسال برای بزرگداشت روز جهانی بهداشت دست و روز جهانی ایمنی بیمار اقدامی انجام نمی‌دهد، بخشی از امتیاز را می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان در هیچ یک از این فعالیت‌ها مشارکت نمی‌نماید، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

A.1.3.1 برنامه راهبردی (استراتژیک) بیمارستان شامل بیانیه‌های مأموریت، چشم‌انداز و ارزش‌هایی است که بر وجود فرهنگ ایمنی دلالت دارند.

معیارهای قابل‌سنجش

- مستنداتی که بیانیه‌های مأموریت، چشم‌انداز و ارزش‌های بیمارستان را به شکلی روشن نشان می‌دهد؛
- شواهدی مبنی‌بر انعکاس ملاحظات ایمنی بیمار در بیانیه‌های مأموریت، چشم‌انداز و ارزش‌های بیمارستان.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• مستنداتی که بیانیه‌های مأموریت، چشم‌انداز و ارزش‌های بیمارستان را به‌طور واضح نشان می‌دهند. • شواهد انعکاس ملاحظات ایمنی بیمار در این بیانیه‌ها.
مصاحبه‌ها	• آیا مدیریت ارشد بیمارستان می‌تواند ملاحظات ایمنی بیمار را از بیانیه‌های مکتوب مأموریت، چشم‌انداز و ارزش‌های بیمارستان استخراج کند؟ • آیا کارکنان بیمارستان از بیانیه‌های مأموریت، چشم‌انداز و ارزش‌های بیمارستان و مصادیق ایمنی بیمار در آنها آگاه هستند؟
مشاهده	• توجه به وجود تابلو / علایم قابل رؤیت برای نمایش بیانیه مأموریت، چشم‌انداز و ارزش‌های بیمارستان برای تمامی افراد، از جمله بیماران و ملاقات‌کنندگان.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که مأموریت، چشم‌انداز و ارزش‌های بیمارستان منعکس‌کننده ملاحظات ایمنی بیمار می‌باشد، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان هیچ یک از ملاحظات مربوط به ایمنی بیمار را در برنامه راهبردی خود نداشته باشد، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

A.2	سطح معیار	بیانیه معیار	راهنما برای شواهد انطباق
بیمارستان دارای برنامه ایمنی بیمار است.	معیار الزامی	A.2.1.1 مدیریت ارشد بیمارستان تضمین می‌نماید که یکی از کارکنان ارشد واجد شرایط با اختیارات لازم به‌عنوان مسئول و پاسخگوی ایمنی بیمار منصوب گردیده است.	• شرح وظایف مسئول هماهنگ‌کننده ایمنی بیمار یا هم‌ردیف وی. • ساختار سازمانی.
	معیار اساسی	A.2.2.1 بیمارستان گروه یا کمیته داخلی چند تخصصی دارد که وظیفه هدایت تمامی موارد مرتبط با ایمنی و خطرات درون بیمارستان را بر عهده دارد.	• شرح وظایف / کمیته / گروه داخلی / چندتخصصی ایمنی بیمار و خطر. • صورت‌جلسه نشست‌های ۱۵ روز یک‌بار.
		A.2.2.2 برنامه ایمنی بیمار دارای زمان‌بندی ممیزی منظم (چهار بار در سال) است و از نتایج حاصله برای بهبود ارائه خدمات به بیماران استفاده می‌شود.	• برنامه ممیزی‌های ماهانه بالینی و محیطی، از جمله ارزیابی بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار • اقدامات بهبود که براساس یافته‌های این ممیزی‌ها اجرا شده‌اند.
		A.2.2.3 کارشناس مسئول ایمنی بیمار گزارش‌های مربوط به فعالیت‌های مختلف ایمنی یا خطرات را تهیه و در فواصل زمانی منظم (چهار بار در سال) در بین تمامی کارکنان توزیع و منتشر می‌نماید.	• ارائه گزارش به بیمارستان کارکنان و هیئت مدیره هر سه ماه یک‌بار. • گزارش‌هایی که شامل اقدامات انجام شده برنامه عملیاتی ایمنی بیمار و آمار مربوط به برنامه مدیریت خطرات است.
		A.2.2.4 خطرات مرتبط با ایمنی بیمار با رویکرد پیشگیرانه مدیریت می‌شوند.	• روش‌های اجرایی برای تمرکز بر کاهش خطر مخاطرات قبل از این که رخ دهند. • نظام گزارش‌دهی برای موارد نزدیک به خطا. • برنامه زمان‌بندی ممیزی.
		A.2.2.5 از چارچوب مدیریت خطر که شامل برنامه، خطمشی و سیستم ثبت موارد خطر است، برای شناسایی و کاهش احتمال رخداد وقایع ناخواسته و سایر مخاطرات تهدیدکننده ایمنی بیماران، همراهان و کارکنان استفاده می‌شود.	• چارچوب مدیریت خطر شامل برنامه، خطمشی و سیستم ثبت. • سیستمی برای گزارش و ردیابی وقایع ناخواسته. • سیستم ثبت خطر که شامل فهرستی از تمام خطرات اولویت‌بندی شده، مسئولیت مشخص شده به همراه طرح کاهش خطر.
		A.2.2.6 جلسات کمیته مرگ‌ومیر بیمارستان به‌صورت منظم دو بار در ماه برگزار می‌گردد.	• شرح وظایف کمیته مرگ‌ومیر. • نمونه‌ای از بررسی‌های موردی صورت‌گرفته و اقدامات انجام شده متعاقب آن.
		A.2.2.7 کارشناس مسئول ایمنی بیمار فرایندی را برای بهبود اثربخشی ارتباطات بین تمامی کارکنان طراحی و اجرا نموده است.	خطمشی‌های راهبرد ارتباطات برای: • تحویل بیماران بر اساس تکنیک SBAR (وضعیت، پیشینه، ارزیابی و توصیه). • دستورات تلفنی. • اعلام نتایج بحرانی آزمایش‌ها.
	معیار پیشرفته	A.2.3.1 کارشناس مسئول ایمنی بیمار گزارش فعالیت‌های مختلف ایمنی بیمار را تهیه و به سازمان‌های مربوطه خارج از بیمارستان ارسال می‌نماید.	• گزارش فعالیت‌های مختلف مرتبط با ایمنی به خارج از سازمان، از جمله وزارت بهداشت، سازمان جهانی بهداشت و/ یا سازمان‌های ایمنی بیمار (در صورت وجود در سطح ملی) حداقل یک‌بار در سال. • محک‌زنی گزارش پیمایش «برنامه بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار» با سایر بیمارستان‌ها.

A.2.1.1 مدیریت ارشد بیمارستان تضمین می‌نماید که یکی از کارکنان ارشد واجد شرایط با اختیارات لازم به‌عنوان مسئول و پاسخگوی ایمنی بیمار منصوب گردیده است.

معیارهای قابل‌سنجش

- شرح وظایف مسئول هماهنگ‌کننده ایمنی بیمار یا هم‌ردیف وی؛
- ابلاغ سازمانی مسئول هماهنگ‌کننده ایمنی بیمار یا هم‌ردیف وی.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• شرح وظایف مسئول هماهنگ‌کننده ایمنی بیمار یا هم‌ردیف وی. • ابلاغ سازمانی مسئول هماهنگ‌کننده ایمنی بیمار یا هم‌ردیف وی.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا یکی از کارکنان ارشد بیمارستان به‌عنوان مسئول هماهنگ‌کننده فعالیت‌های ایمنی بیمار و مدیریت خطر فعالیت می‌کند؟
مشاهده	• در این مورد کاربردی ندارد.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که یکی از کارکنان واجد شرایط به‌عنوان مسئول هماهنگ‌کننده فعالیت‌های ایمنی بیمار و مدیریت خطر منصوب شده است، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که هیچ فردی به‌عنوان مسئول هماهنگ‌کننده فعالیت‌های ایمنی بیمار و مدیریت خطر منصوب نشده است، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

A.2.2.1 بیمارستان گروه یا کمیته داخلی چند تخصصی[1] دارد که وظیفه هدایت تمامی موارد مرتبط با ایمنی و خطرات درون بیمارستان را بر عهده دارد.

معیارهای قابل‌سنجش

- شرح وظایف گروه / کمیته داخلی چند تخصصی ایمنی بیمار یا معادل آن؛
- صورت‌جلسه نشست‌های گروه / کمیته داخلی چند تخصصی ایمنی بیمار یا معادل آن؛
- ابلاغ سازمانی اعضای گروه / کمیته داخلی چند تخصصی ایمنی بیمار.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

1. Multidisciplinary patient safety internal body/committee

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• شرح وظایف گروه/کمیته داخلی چند تخصصی ایمنی بیمار یا معادل آن. • صورت‌جلسه نشست‌های گروه/کمیته داخلی چند تخصصی ایمنی بیمار یا معادل آن. • ابلاغ سازمانی اعضای گروه/کمیته داخلی چند تخصصی ایمنی بیمار.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی مبنی‌بر وجود یک گروه داخلی ایمنی بیمار چند تخصصی یا هر کمیته دیگری که اعضای آن به‌صورت منظم به‌منظور تضمین نظارت همه‌جانبه بر برنامه ایمنی بیمار تشکیل جلسه می‌دهند، وجود دارد؟
مشاهده	• در این مورد کاربردی ندارد.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان یک گروه چند تخصصی ایمنی بیمار یا هر کمیته دیگری داشته باشد که اعضای آن به‌صورت منظم به‌منظور تضمین نظارت همه‌جانبه بر برنامه ایمنی بیمار تشکیل جلسه می‌دهند، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل‌اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان فاقد یک گروه چند تخصصی ایمنی بیمار یا هر کمیته دیگری باشد که اعضای آن به‌صورت منظم به‌منظور تضمین نظارت همه‌جانبه بر برنامه ایمنی بیمار تشکیل جلسه می‌دهند، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

A.2.2.2 برنامه ایمنی بیمار دارای زمان‌بندی ممیزی منظم (چهار بار در سال) است و از نتایج حاصله برای بهبود ارائه خدمات به بیماران استفاده می‌شود.

معیارهای قابل‌سنجش

- ممیزی ایمنی بیمار با استفاده از راهنمای ارزیابی ایمنی بیمار سازمان جهانی بهداشت در فواصل منظم هر سه ماه یک‌بار؛
- فرایند ارزیابی اقدامات ایمنی قبل و حین اجرای برنامه ایمنی بیمار.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• جدول زمانی ممیزی برنامه ایمنی بیمار هر سه ماه یکبار. • گزارش‌های ممیزی ایمنی بیمار. • اقدامات انجام شده متعاقب گزارش‌های ممیزی.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی مبنی‌بر این که بیمارستان ایمنی خدمات خود را در فواصل زمانی منظم ممیزی می‌نماید، وجود دارد؟
مشاهده	• در این مورد کاربردی ندارد.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان ایمنی خدمات خود را در فواصل زمانی منظم (هر سه ماه یک‌بار) ممیزی می‌نماید، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان ایمنی خدمات خود را به‌طور نامنظم ممیزی می‌نماید، بخشی از امتیاز را می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان ایمنی خدمات خود را در فواصل زمانی منظم (هر سه ماه یک‌بار) ممیزی نمی‌نماید، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

A.2.2.3 کارشناس مسئول ایمنی بیمار، گزارش فعالیت‌های مختلف مربوط به ایمنی بیمار یا خطرات را تهیه و در فواصل زمانی منظم (چهار بار در سال) در بین تمامی کارکنان توزیع و منتشر می‌نماید.

معیارهای قابل‌سنجش

- گزارش‌های دوره‌ای سه‌ماهه تحویل شده به هیأت مدیره بیمارستان؛
- گزارش‌هایی که شامل اقدامات انجام شده در برنامه عملیاتی ایمنی بیمار، چالش‌ها و معضلات پیش‌آمده، مسائل جدید ایمنی بیمار که باید مورد توجه قرار گیرد، آمار در مورد فراوانی آسیب‌های ایتروژنیک و درس‌های آموخته‌شده است؛
- دسترسی کارکنان به گزارش‌های ایمنی بیمار.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• گزارش‌های فعالیت‌های مختلف در زمینه ایمنی بیمار.
مصاحبه‌ها	• آیا شواهدی مبنی‌بر این که بیمارستان گزارش‌هایی در مورد فعالیت‌های مختلف ایمنی بیمار در فواصل زمانی منظم تهیه و در داخل بیمارستان توزیع و منتشر می‌نماید، وجود دارد؟
مشاهده	• در این مورد کاربردی ندارد.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان گزارش‌هایی در مورد فعالیت‌های مختلف ایمنی بیمار در فواصل زمانی منظم تهیه و در داخل بیمارستان توزیع و منتشر می‌نماید، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان در مورد فعالیت‌های مختلف ایمنی بیمار گزارشی تهیه نمی‌نماید، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

A.2.2.4 خطرات مرتبط با ایمنی بیمار با رویکرد پیشگیرانه مدیریت می‌شوند.

معیارهای قابل‌سنجش

- نظام ثبت خطرات؛
- حداقل یک مورد تجزیه‌وتحلیل حالات شکست و اثرات آن (FMEA) در سال انجام شود؛

- تیم ممکن است «وقایع ناخواسته‌ای که هرگز نباید اتفاق بیفتند[1]» را برای ارزیابی پیشگیرانه خطر[2] در نظر بگیرد. وقایعی که هرگز نباید اتفاق بیفتند، وقایع ناخواسته[3] جدی هستند که تا حد زیادی قابل پیشگیری بوده و نگرانی مشترک عموم مردم و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در راستای مسئولیت‌پذیری در قبال مردم هستند. این موارد شامل فهرستی از خطاهای جدی پزشکی یا وقایع ناخواسته (مانند جراحی در موضع اشتباه[4] یا زخم بستر ناشی از بستری در بیمارستان) است که هرگز نباید برای یک بیمار اتفاق بیفتند؛
- اجرای اقدامات بهبود بر اساس این یافته.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• گزارش پروژه‌های بهبود ایمنی بیمار با رویکرد پیشگیرانه به‌عنوان مثال، پرداختن به اهداف بین‌المللی ایمنی بیمار. • مستندات صریح با تمرکز خاص بر «وقایعی که هرگز نباید اتفاق بیفتند». • مستندات اجرای تجزیه‌وتحلیل حالات شکست و اثرات آن که به بررسی پیشگیرانه حوادث احتمالی برای بیمار اشاره دارد. • گزارشی که مؤید اقدامات اصلاحی متمرکز بر کاهش خطرات با رویکرد پیشگیرانه است.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی از پروژه‌های پیشگیرانه بهبود ایمنی بیمار وجود دارد؟
مشاهده	• در این مورد کاربردی ندارد.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که خطرات با استفاده از روش تجزیه‌وتحلیل حالات شکست و اثرات آن یا دیگر ابزارهای مدیریت پیشگیرانه خطر، حداقل یک‌بار در سال مدیریت می‌شود، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که خطرات با رویکرد پیشگیرانه مدیریت نمی‌شود، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

A.2.2.5 از چارچوب مدیریت خطر که شامل برنامه، خطمشی و سیستم ثبت موارد خطر است، برای شناسایی و کاهش احتمال رخداد وقایع ناخواسته و سایر مخاطرات تهدیدکننده ایمنی بیماران، همراهان و کارکنان استفاده می‌شود.

معیارهای قابل‌سنجش

- چارچوب مدیریت خطر شامل برنامه، خطمشی و ثبت موارد خطر که در داخل بیمارستان استفاده می‌شود؛
- سیستم گزارش‌دهی وقایع ناخواسته استقراریافته؛
- فردی معین که عمدتاً مسئول هماهنگی اجرا و نظارت بر برنامه‌ها و خطمشی‌های مدیریت خطر باشد.

1. Never events
2. Proactive risk assessment
3. Adverse events
4. Wrong site surgery

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• مستنداتی دال‌بر جزئیات برنامه‌ها و خطمشی‌های مدیریت خطر بیمارستان. • گزارش‌هایی در مورد وقایع ناخواسته که نشان‌دهنده یک سیستم گزارش‌دهی مشخص برای این نوع وقایع است. • شرح شغل/ وظایف برای شخصی که مسئولیت اجرای برنامه‌های مدیریت خطر به او محول شده است.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: خطمشی‌ها و راهبردهای مدیریت خطر که در بیمارستان دنبال می‌شوند، کدامند؟ • کارکنان مرتبط: چگونه پیشرفت اجرای برنامه‌های مدیریت خطر برای غلبه بر چالش‌های شناسایی شده را پایش می‌نمایید ؟
مشاهده	• در این مورد کاربردی ندارد.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان دارای برنامه و خطمشی‌های شفاف مدیریت خطر باشد، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان هیچ‌گونه برنامه یا خطمشی برای مدیریت خطر نداشته باشد، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

A.2.2.6 جلسات کمیته مرگ‌ومیر بیمارستان به‌صورت منظم دو بار در ماه برگزار می‌گردد.

معیارهای قابل‌سنجش

- شرح وظایف کمیته مرگ‌ومیر یا کمیته معادل آن؛
- صورت‌جلسه نشست‌های کمیته مرگ‌ومیر یا کمیته معادل آن؛
- جلسات منظم که حداقل دو بار در ماه برگزار می‌شوند.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• شرح وظایف کمیته مرگ‌ومیر یا کمیته معادل آن. • ابلاغ اعضای کمیته مرگ‌ومیر. • صورت‌جلسات کمیته مرگ‌ومیر یا کمیته معادل آن و حداقل بررسی سه صورت‌جلسه متوالی کمیته.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی وجود دارد که بیمارستان جلسات منظم ماهانه کمیته مرگ‌ومیر را برگزار می‌نماید؟
مشاهده	• در این مورد کاربردی ندارد.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان جلسات کمیته مرگ‌ومیر را به‌صورت منظم دو بار در ماه برگزار می‌نماید، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان جلسات منظم مرگ‌ومیر و ابتلا را ماهانه برگزار نمی‌نماید، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

A.2.2.7 کارشناس مسئول ایمنی بیمار فرایندی را برای بهبود اثربخشی ارتباطات بین تمامی کارکنان طراحی و اجرا نموده است.

معیارهای قابل‌سنجش

- بیمارستان دارای سیستم ارتباطی مؤثر مستقر است؛
- کیفیت فرم‌های مورد استفاده برای سیستم ارجاع و تحویل بالینی، شامل راهبرد – وضعیت، پیشینه، ارزیابی و پیشنهادات (SBAR) است؛
- سیستم ارجاع نتایج بحرانی آزمایش‌ها.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• مستنداتی که استراتژی ارتباطات و سیستم گزارش‌دهی بیمارستان را توضیح می‌دهند. • فرم‌های ارجاع موارد بالینی در زمان تحویل بین شیفت‌ها، بین بخش‌ها و انتقال به بیمارستان‌های دیگر. • فرم‌های ارجاع/خط‌مشی‌های اعلام اضطراری نتایج بحرانی آزمایش‌ها.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا راهبرد ارتباطی مؤثری بین کارکنان بالینی برای ارجاع بیماران وجود دارد؟ • کارکنان مرتبط: آیا یک راهبرد تثبیت شده برای مواجهه با نتایج بالینی بحرانی و موارد فوری وجود دارد؟
مشاهده	• در این مورد کاربردی ندارد.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان برنامه راهبردی جهت بهبود اثربخشی ارتباطات بین تمامی کارکنان را اجرا نموده است، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان هیچ‌گونه تلاشی برای حفظ یا بهبود کانال‌های ارتباطی مؤثر در بین کلیه کارکنان نمی‌نماید، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

A.2.3.1 کارشناس مسئول ایمنی بیمار گزارش فعالیت‌های مختلف ایمنی بیمار را تهیه و به سازمان‌های مربوطه خارج از بیمارستان ارسال می‌نماید.

معیارهای قابل‌سنجش

- گزارش‌های مربوط به فعالیت‌های مختلف ایمنی بیمار که به‌صورت سالانه در اختیار سازمان‌های مربوطه خارج از بیمارستان از جمله وزارت بهداشت، سازمان جهانی بهداشت و یا سازمان‌های متولی ایمنی بیمار (در صورت وجود در سطح ملی) حداقل به‌صورت سالانه قرار می‌گیرد؛
- گزارش‌ها می‌تواند شامل اقدامات انجام شده در خصوص برنامه عملیاتی ایمنی بیمار، چالش‌ها و معضلات پیش‌آمده، مسائل جدید ایمنی بیمار که باید مورد توجه قرار گیرد، آمار در مورد فراوانی آسیب‌های ایتروژنیک و درس‌های آموخته‌شده باشد.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• گزارش‌های مربوط به فعالیت‌های مختلف ایمنی بیمار ارسالی به وزارت بهداشت، سازمان جهانی بهداشت/ یا سازمان‌های متولی ایمنی بیمار.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی وجود دارد که بیمارستان به‌طور منظم گزارش‌هایی را در مورد فعالیت‌های مختلف ایمنی بیمار تهیه و آنها را در خارج از بیمارستان منتشر می‌کند؟
مشاهده	• در این مورد کاربردی ندارد.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان گزارش فعالیت‌های مختلف ایمنی بیمار را در فواصل زمانی منظم تهیه و در خارج از بیمارستان منتشر و توزیع می‌نماید، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان در مورد فعالیت‌های مختلف ایمنی بیمار، گزارشی جهت توزیع و انتشار در خارج از بیمارستان تهیه نمی‌نماید، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

A.3	سطح معیار	بیانیه معیار	راهنما برای شواهد انطباق
بیمارستان از داده‌ها به‌منظور بهبود ایمنی ارائه خدمات استفاده می‌نماید.	معیار اساسی	A.3.2.1 کارشناس مسئول ایمنی بیمار از داده‌های جمع‌آوری شده در طی فرایند اندازه‌گیری برای تنظیم برنامه عملیاتی و اجرای پروژه‌های بهبود ایمنی بیمار استفاده می‌نماید.	• برنامه عملیاتی/برنامه‌های بهبود کیفیت برای برنامه ایمنی بیمار.
		A.3.2.2 کارشناس مسئول ایمنی بیمار توسط مجموعه‌ای از شاخص‌های فرایندی و برون‌ده نحوه عملکرد بیمارستان را با تأکید ویژه بر ایمنی بیمار ارزیابی می‌نماید.	• اهداف مرتبط با ایمنی بیمار. • پروفایل شاخص‌های مرتبط با ایمنی بیمار. • اهداف اختصاصی مرتبط با ایمنی بیمار. • شاخص‌های کلیدی عملکرد.
	معیار پیشرفته	A.3.3.1 بیمارستان شاخص‌های ایمنی بیمار خود را در طول زمان با سایر «بیمارستان‌های دوستدار ایمنی بیمار» و/یا با بهترین نحوه ارائه خدمت در سطح بین‌المللی مقایسه می‌نماید.	گزارش داده‌های به‌دست‌آمده از فرایند محک‌زنی در طول زمان حاکی از مقایسه با بهترین عملکردهای بین‌المللی و / یا سایر مشارکت‌کنندگان در برنامه بیمارستان‌های دوستدار ایمنی بیمار است.

A.3.2.1 کارشناس مسئول ایمنی بیمار از داده‌های جمع‌آوری شده در طی فرایند اندازه‌گیری برای تنظیم برنامه عملیاتی و اجرای پروژه‌های بهبود ایمنی بیمار استفاده می‌نماید.

معیارهای قابل‌سنجش

- برنامه عملیاتی بر اساس نتایج محک‌زنی[1]؛
- پروژه‌های بهبود ایمنی بیمار.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• نتایج محک‌زنی. • برنامه عملیاتی و گزارش پروژه‌های بهبود ایمنی بیمار. • گزارش درس‌های آموخته‌شده /ایمیل‌ها.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی مبنی‌بر این که بیمارستان از نتایج محک‌زنی‌های صورت‌گرفته در تنظیم برنامه عملیاتی و پروژه‌های بهبود ایمنی بیمار استفاده می‌نماید، وجود دارد؟
مشاهده	• در این مورد کاربردی ندارد.

1. Benchmarking

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان از نتایج محک‌زنی‌های صورت‌گرفته در تنظیم برنامه عملیاتی و پروژه‌های بهبود ایمنی بیمار استفاده می‌نماید، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان بر اساس نتایج محک‌زنی اقدامی نمی‌نماید، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

A.3.2.2 کارشناس مسئول ایمنی بیمار توسط مجموعه‌ای از شاخص‌های فرایندی و برون‌ده[1] نحوه عملکرد بیمارستان را با تأکید ویژه بر ایمنی بیمار ارزیابی می‌نماید.

معیارهای قابل‌سنجش

- گزارش‌های سنجش عملکرد.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• گزارش‌های سنجش عملکرد. • پروفایل شاخص‌های مرتبط با ایمنی بیمار.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی مبنی‌بر این‌که بیمارستان با مجموعه‌ای از شاخص‌های فرایند و برون‌ده نحوه عملکرد بیمارستان را با تأکید ویژه بر ایمنی بیمار ارزیابی می‌نماید، وجود دارد؟
مشاهده	• در این مورد کاربردی ندارد.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان توسط مجموعه‌ای از شاخص‌های فرایندی و برون‌ده نحوه عملکرد خود را با تأکید ویژه بر ایمنی بیمار ارزیابی می‌نماید و نیز در صورت وجود مستندات ارزیابی عملکرد بیمارستان، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان توسط مجموعه‌ای از شاخص‌های فرایندی و برون‌ده نحوه عملکرد خود را با تأکید ویژه بر ایمنی بیمار ارزیابی نمی‌نماید، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

1. Process and output measures

A.3.3.1 بیمارستان شاخص‌های ایمنی بیمار خود را در طول زمان با سایر «بیمارستان‌های دوستدار ایمنی بیمار» و/ یا با بهترین نحوه ارائه خدمات در سطح بین‌المللی[1] مقایسه می‌نماید.

معیارهای قابل‌سنجش

- فرایندی که طی آن بیمارستان، شاخص‌های فرایندی و پیامدی ایمنی بیمار خود را در طی زمان (به‌عنوان مثال، قبل و بعد از اجرای یک برنامه بهبود ایمنی)، با سایر بیمارستان‌های دوستدار ایمنی بیمار و با خدمات مطلوب شناخته شده (به‌عنوان مثال، بروز صفر پنومونی ناشی از ونتیلاتور) و استانداردها (به‌عنوان مثال، راهنماهای بهداشت دست سازمان جهانی بهداشت) بررسی و مقایسه می‌نماید؛
- گزارش‌های محک‌زنی.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• فهرست شاخص‌های منتخب ایمنی بیمار و شناسنامه[1] شاخص مربوطه. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه جمع‌آوری داده‌ها.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی مبنی‌بر این که بیمارستان شاخص‌های فرایندی و پیامدی ایمنی بیمار خود را با سایر بیمارستان‌های دوستدار ایمنی بیمار مقایسه می‌نماید، وجود دارد؟
مشاهده	• داده‌ها در طی زمان و روند داده‌ها، گزارش محک‌زنی و مقایسه با سایر بیمارستان‌ها.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان شاخص‌های فرایندی و پیامدی خود را با سایر بیمارستان‌های دوستدار ایمنی بیمار مقایسه می‌نماید، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان شاخص‌های فرایندی و پیامدی خود را با سایر بیمارستان‌های دوستدار ایمنی بیمار مقایسه نمی‌نماید، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

1. International best practices
1. Metadata

A.4	سطح معیار	بیانیه معیار	راهنما برای شواهد انطباق
بیمارستان جهت ارائه خدمات دارای وسایل و تجهیزات ضروری با کارکرد مناسب است.	معیار الزامی	A.4.1.1 مدیریت ارشد بیمارستان وجود تجهیزات و لوازم ضروری با عملکرد مطلوب را در همه بخش‌ها و واحدهای بیمارستان تضمین می‌نماید.	• فرایندی برای شناسایی این‌که با توجه به نوع خدمات ارائه شده به بیمار، چه نوع تجهیزات و لوازمی مورد نیاز است. • لیست اموال که شامل همه تجهیزات باشد. • در دسترس بودن تجهیزات احیا.
	معیار اساسی	A.4.2.1 برنامه نگهداشت با رویکرد پیشگیرانه جهت بررسی، تست و کالیبراسیون همه تجهیزات و دستگاه‌ها وجود دارد.	• برنامه مکتوب نگهداشت پیشگیرانه تجهیزات و دستگاه‌ها همراه با فرد مسئول این کار. • روش‌های اجرایی نگهداشت پیشگیرانه تجهیزات، از جمله انجام تست‌های کالیبراسیون. • برنامه زمانی انجام تست‌های معمول و کالیبراسیون تجهیزات و دستگاه‌ها. • گزارش‌های نگهداشت پیشگیرانه تجهیزات.
		A.4.2.2 سیستمی برای تعمیر یا تعویض منظم دستگاه‌ها و تجهیزات معیوب و خراب از جمله فراخوان تجهیزات یا اعلام هشدار وجود دارد.	• روش‌های اجرایی تعویض و جایگزینی تجهیزات. • خط‌مشی برای اعلان هشدار به کارکنان مربوطه.
		A.4.2.3 بیمارستان تضمین می‌نماید که کارکنان، آموزش‌های متناسب برای کار با همه دستگاه‌ها و تجهیزات ضروری از جمله تجهیزات پزشکی را دریافت می‌نمایند و فقط افراد واجد صلاحیت و آموزش دیده اجازه کار با تجهیزات تخصصی را دارند.	• صورت‌وضعیت مربوط به آموزش شامل استفاده و نگهداشت موارد ذیل: ○ پمپ‌های انفوزیون. ○ تجهیزات احیا. ○ تجهیزات پزشکی. ○ دستگاه‌های حیات‌بخش.

A.4.1.1 مدیریت ارشد بیمارستان وجود تجهیزات و لوازم ضروری با عملکرد مطلوب را در همه بخش‌ها و واحدهای بیمارستان تضمین می‌نماید.

معیارهای قابل‌سنجش

- فرایند شناسایی و نگهداشت تجهیزات ضروری با عملکرد مطلوب با توجه به نوع خدمات ارائه شده و نیازهای بیماران؛
- وجود تجهیزات احیا برای پشتیبانی اولیه و پیشرفته فرایند احیا و توزیع آنها بر اساس نیازهای بیمار؛
- فرایندی برای ارزیابی این موضوع که آیا تجهیزات و وسایل به‌طور مداوم کار می‌کنند یا خیر؛
- فرایندی برای بررسی موجود بودن تجهیزات ضروری و انطباق عملکرد آنها با استانداردهای کاربردی تجهیزات.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• فهرست تجهیزات ضروری. • گزارش‌هایی که شامل بررسی وجود و انطباق عملکرد تجهیزات ضروری با استانداردهای کاربردی باشد.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی مبنی‌بر این که بیمارستان وجود تجهیزات ضروری را تضمین می‌نماید، وجود دارد؟
مشاهده	• تجهیزات ضروری.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان وجود تجهیزات ضروری را در تمامی بخش‌ها تضمین می‌نماید، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان وجود تجهیزات ضروری را در هیچ‌یک از بخش‌ها و واحدها تضمین نمی‌نماید، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

A.4.2.1 برنامه نگهداشت با رویکرد پیشگیرانه جهت بررسی، تست و کالیبراسیون همه تجهیزات و دستگاه‌ها وجود دارد.

معیارهای قابل‌سنجش

- گزارش‌های نگهداشت پیشگیرانه دستگاه‌ها و تجهیزات؛
- نگهداشت پیشگیرانه مرتبط برای دستگاه‌ها و تجهیزات، از جمله خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی کالیبراسیون؛
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی نگهداشت پیشگیرانه دستگاه‌ها و تجهیزات، از جمله کالیبراسیون؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی نگهداشت پیشگیرانه دستگاه‌ها و تجهیزات، از جمله کالیبراسیون.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• مستندات/ گزارش‌های مربوط به نگهداشت پیشگیرانه دستگاه‌ها و تجهیزات. • خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای تعمیر و نگهداشت پیشگیرانه دستگاه‌ها و تجهیزات. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی نگهداشت پیشگیرانه دستگاه‌ها و تجهیزات. • گزارش‌هایی که شامل بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی نگهداشت پیشگیرانه تجهیزات می‌شود.
مصاحبه‌ها	• آیا شواهدی مبنی‌بر این که بیمارستان نگهداشت پیشگیرانه تجهیزات و دستگاه‌ها، از جمله کالیبراسیون را به‌طور منظم و دوره‌ای انجام می‌دهد، وجود دارد.
مشاهده	• انطباق با خط‌مشی‌ها و روش‌های نگهداشت پیشگیرانه تجهیزات، از جمله کالیبراسیون.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان نگهداشت پیشگیرانه تجهیزات و دستگاه‌ها از جمله کالیبراسیون را به‌صورت منظم و دوره‌ای انجام می‌دهد، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان نگهداشت پیشگیرانه تجهیزات و دستگاه‌ها از جمله کالیبراسیون را به‌صورت منظم و دوره‌ای انجام نمی‌دهد، امتیازی نمی‌گیرد.

A.4.2.2 سیستمی برای تعمیر یا تعویض منظم دستگاه‌ها و تجهیزات معیوب و خراب، از جمله فراخوان تجهیزات[1] یا اعلام هشدار وجود دارد.

معیارهای قابل‌سنجش

- خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای تعمیر، تعویض و از رده خارج‌کردن دستگاه‌ها و تجهیزات؛
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی موجود برای تعمیر، تعویض و از رده خارج‌کردن دستگاه‌ها و تجهیزات؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای شناسایی و تعمیر و نگهداری دستگاه‌ها و تجهیزات.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی تعمیر، تعویض و از رده خارج‌کردن دستگاه‌ها و تجهیزات. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی تعمیر، تعویض و از رده خارج‌کردن دستگاه‌ها و تجهیزات. • گزارش‌هایی که شامل بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی تعمیر، تعویض و از رده خارج‌کردن دستگاه‌ها و تجهیزات است. • مستندات مرتبط به تعمیر، تعویض و از رده خارج‌کردن دستگاه‌ها و تجهیزات.
مصاحبه‌ها	• آیا شواهدی مبنی‌بر این که بیمارستان تعمیر، تعویض و از رده خارج‌کردن دستگاه‌ها و تجهیزات معیوب را به‌صورت منظم و دوره‌ای انجام می‌دهد؟
مشاهده	• انطباق با خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی تعمیر، تعویض و از رده خارج کردن دستگاه‌ها و تجهیزات.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان به‌صورت منظم تجهیزات خراب و یا معیوب را تعمیر، تعویض و یا از رده خارج می‌نماید، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان هیچ سازوکاری برای تعمیر، تعویض و یا از رده خارج نمودن تجهیزات خراب و یا معیوب ندارد، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

1. Recall

A.4.2.3 بیمارستان تضمین می‌نماید که کارکنان، آموزش‌های متناسب برای کار با همه دستگاه‌ها و تجهیزات ضروری از جمله تجهیزات پزشکی را دریافت می‌نمایند و فقط افراد واجد صلاحیت و آموزش‌دیده اجازه کار با تجهیزات تخصصی را دارند.

معیارهای قابل‌سنجش

- فرایندی برای حصول اطمینان از دریافت آموزش متناسب کارکنان در ارتباط با دستگاه‌ها و تجهیزات موجود و جدید؛
- سوابق آموزش کارکنان برای کار با دستگاه‌ها و تجهیزات موجود و جدید؛
- مستنداتی که نشان دهد فقط افراد آموزش‌دیده و واجد صلاحیت اجازه کار با تجهیزات تخصصی را دارند؛
- گزارش‌های مربوط به آموزش نحوه استفاده از پمپ‌های انفوزیون و تجهیزات احیا؛
- فرایند بررسی این موضوع که آیا کارکنان آموزش متناسب با استانداردهای کار با دستگاه‌ها و تجهیزات موجود و جدید را دریافت کرده‌اند یا خیر.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه صحت اطلاعات را احراز نمایید.
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• سوابق آموزش کارکنان در زمینه خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی مرتبط. • گزارش‌هایی که شامل بررسی میزان تبعیت از خطمشی‌ها می‌شود و این که آیا کارکنان آموزش‌های متناسب در مورد استانداردهای تجهیزات موجود و جدید دریافت کرده‌اند. • مستنداتی که نشان می‌دهد فقط افراد آموزش‌دیده و واجد صلاحیت اجازه کار با تجهیزات تخصصی را داشته باشند.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی مبنی‌بر این که بیمارستان آموزش متناسب کارکنان را برای کار با تجهیزات موجود تضمین می‌کند، وجود دارد؟
مشاهده	• در این مورد کاربردی ندارد.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان تضمین می‌نماید که کارکنان آموزش متناسب را در ارتباط با کار با تجهیزات موجود دریافت می‌نمایند، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان تضمین نمی‌نماید که کارکنان آموزش متناسب را در ارتباط با کار تجهیزات موجود دریافت می‌نمایند، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

A.5	سطح معیار	بیانیه معیار	راهنما برای شواهد انطباق
مدیریت ارشد بیمارستان از وجود کارکنان شایسته و واجد صلاحیت، از جمله پزشکان و نیروهای داوطلب مستقل برای ارائه خدمات سلامت ایمن در تمامی شیفت‌های کاری اطمینان حاصل می‌نماید.	معیار الزامی	A.5.1.1 مدیریت ارشد بیمارستان تأمین تعداد کافی کارکنان واجد صلاحیت را در تمامی شیفت‌های کاری جهت ارائه خدمات ایمن به بیماران تضمین می‌نماید.	• برنامه منابع انسانی بیمارستان. • فرد مسئول برای برنامه‌ریزی منابع انسانی.
		A.5.1.2 فرایندی مشخص و تعریف شده برای حصول اطمینان از این که کلیه کارکنان بالینی دارای گواهی صلاحیت حرفه‌ای معتبر از مراجع ذی‌ربط هستند، وجود دارد.	• خط‌مشی‌هایی برای تأیید و ثبت صلاحیت بالینی و مدارک تحصیلی کارکنان مشتمل‌بر تعیین مسئول مشخص انجام این کار. • پرونده‌های پرسنلی کارکنان که در آن مستندات تأییدیه صلاحیت بالینی و مدارک مجوز فعالیت صادره از سوی مراجع ذی‌صلاح وجود دارد.
	معیار اساسی	A.5.2.1 سیستمی برای نظارت مداوم بر سطوح صلاحیت همه کارکنان بالینی، از جمله کادر بالینی و نیروی داوطلب مستقل وجود دارد.	• فرایند ساختارمند مبتنی‌بر شواهد جهت نظارت بر صلاحیت همه کارکنان بالینی بر اساس صلاحیت بالینی و تجارب، جهت ارائه خدمات و پروسیجرهای بالینی و فنی. • شرح وظایف کمیته کارکنان بالینی یا سایر کمیته‌های مربوطه. • صورت‌جلسه نشست‌های کمیته کادر پزشکی.
		A.5.2.2 بیمارستان دارای برنامه پیشگیری از خشونت در محل کار است.	• وجود برنامه پیشگیری از خشونت در محل کار.
		A.5.2.3 مطابق با قوانین کشوری کار و با هدف ارائه خدمات ایمن، به کارکنان اجازه داده می‌شود که در شیفت‌های کاری خود فُرجه استراحت کافی داشته باشند.	• خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای سطح تخصص و تعداد کارکنان بالینی. • برنامه کاری کارکنان بالینی. • رعایت قوانین و مقررات ملی کار. • خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای فُرجه استراحت با هدف ارائه خدمات ایمن.
		A.5.2.4 دانشجویان و کارآموزان در حیطه مهارت و صلاحیت‌های خود تحت نظارت مناسب، ارائه خدمت می‌نمایند.	• خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای دانشجویان و کارآموزان تنظیم شده تا در چارچوب مهارت‌ها و صلاحیت‌های خود و تحت نظارت مناسب ارائه خدمت نمایند.
		A.5.2.5 برنامه بهداشت حرفه‌ای برای کلیه کارکنان اجرا می‌شود.	• برنامه بهداشت حرفه‌ای شامل: ○ آموزش جابه‌جایی دستی بار و بیمار. ○ ارزیابی‌های محل کار. ○ حمایت‌های سلامت روان. ○ پرونده کارکنان با وجود شواهد دال‌بر مدارک بهداشت حرفه‌ای.
		A.5.2.6 بیمارستان به‌منظور تضمین انجام تزریقات ایمن سیستمی فعال دارد.	• خط‌مشی‌هایی برای: ○ مدیریت وسایل تیز و بُرنده. ○ مدیریت آسیب ناشی از نیدل استیک. ○ خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی تزریق ایمن که شامل عدم استفاده مجدد از سرسوزن‌ها، آموزش بیماران و خانواده‌ها در مورد انتقال پاتوژن‌های منتقله از طریق خون و تضمین دفع ایمن وسایل تیز، به‌عنوان مثال نگذاشتن مجدد درپوش سوزن‌ها و استفاده از ظروف ایمن برای دفع وسایل تیز و بُرنده. ○ راهنماهای کاتترگذاری ورید مرکزی با استفاده از اولتراسونوگرافی.

A.5.1.1 مدیریت ارشد بیمارستان تأمین تعداد کافی کارکنان واجد صلاحیت را در تمامی شیفت‌های کاری جهت ارائه خدمات ایمن به بیمار تضمین می‌نماید.

معیارهای قابل‌سنجش

- برنامه کاری (شیفت کاری) کادر بالینی؛
- خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی برای سطح تخصص و تعداد کارکنان بالینی؛
- وجود سوابق آموزش کارکنان در مورد خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی سطح تخصص و تعداد کارکنان بالینی؛
- فرایند سنجش مطابقت افراد با خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی برای سطح تخصص و تعداد کارکنان بالینی.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• برنامه کاری (شیفت کاری) کارکنان بالینی. • خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی در خصوص تعداد کارکنان بالینی و سطح تخصص ایشان. • سوابق آموزش کارکنان در مورد خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی مرتبط با تعداد کارکنان بالینی و سطح تخصص ایشان. • گزارش‌هایی مبنی‌بر میزان تبعیت از خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی مرتبط با تعداد کارکنان بالینی سطح تخصص ایشان.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی مبنی‌بر این که تعداد کارکنان بالینی و سطح تخصص ایشان پاسخگوی نیاز بیماران در تمامی اوقات است، وجود دارد؟
مشاهده	• اقدامات اجرا شده جهت حصول اطمینان تعداد و تخصص کافی و متناسب کارکنان بالینی.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که همواره سطح تخصص کارکنان و تعداد ایشان پاسخگوی نیاز بیماران باشد، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که سطح تخصص کارکنان و تعداد ایشان پاسخگوی نیاز بیماران نباشد، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

A.5.1.2 فرایندی مشخص و تعریف شده برای حصول اطمینان از این که کلیه کارکنان بالینی دارای گواهی صلاحیت حرفه‌ای معتبر از مراجع ذی‌ربط هستند، وجود دارد.

معیارهای قابل‌سنجش

- صلاحیت بالینی و مجوز فعالیت کارکنان (صادره از سوی مرجع ذی‌صلاح مربوطه)؛
- خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای تأیید صلاحیت بالینی و مجوز فعالیت کارکنان؛
- سوابق آموزشی در مورد خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی بررسی و تأیید صلاحیت بالینی و مجوز فعالیت کارکنان؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی مرتبط با صلاحیت بالینی و مجوز فعالیت کارکنان؛
- پرونده‌های پرسنلی با مستنداتی مبنی‌بر بررسی و تأیید صلاحیت بالینی و مجوز فعالیت کارکنان (صادره از سوی مرجع ذی‌صلاح مربوطه).

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای تأیید صلاحیت بالینی و مجوز فعالیت کارکنان. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی جهت بررسی و تأیید صلاحیت بالینی و مجوز فعالیت کارکنان. • فرایند بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی مرتبط با تأیید صلاحیت بالینی و مجوز فعالیت کارکنان. • پرونده‌های پرسنلی با مستنداتی دال‌بر بررسی و تأیید صلاحیت بالینی و مجوز فعالیت کارکنان (صادره از سوی مرجع ذی‌صلاح مربوطه).
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی وجود دارد که کارکنان بالینی واجد شرایط، اعم از رسمی و غیررسمی، جهت فعالیت بالینی توسط یک مرجع ذی‌صلاح تأیید می‌شوند؟
مشاهده	• انتخاب تصادفی پرونده شغلی کارکنان و بررسی آنها.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که کارکنان بالینی واجد شرایط، اعم از کارکنانی که به‌صورت رسمی استخدام شده‌اند یا قراردادی، جهت فعالیت بالینی توسط یک مرجع ذی‌صلاح تأیید می‌شوند، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که کارکنان بالینی، جهت فعالیت بالینی توسط یک مرجع ذی‌صلاح تأیید نمی‌شوند، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

A.5.2.1 سیستمی برای نظارت مداوم بر سطوح صلاحیت همه کارکنان بالینی، از جمله کادر بالینی و نیروی داوطلب مستقل وجود دارد.

معیارهای قابل‌سنجش

- شرح وظایف کمیته کادر بالینی یا سایر کمیته‌های مربوطه؛
- صورت‌جلسه جلسات کمیته کادر بالینی؛
- فرایند ساختارمند مبتنی‌بر شواهد (صلاحیت بالینی و تجارب)، به‌منظور نظارت بر صلاحیت همه کارکنان بالینی، جهت ارائه خدمات و پروسیجرهای بالینی.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• شرح وظایف کمیته کادر بالینی یا سایر کمیته‌های مربوطه. • صورت‌جلسه نشست‌های کمیته کادر بالینی.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی مبنی‌بر این که کمیته کادر بالینی صلاحیت تمامی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت را پایش و کنترل می‌نماید، وجود دارد؟
مشاهده	• نمونه تصادفی از پرونده پرسنلی کادر بالینی جهت بررسی صلاحیت و تجربه و خدمات و پروسیجرهای بالینی تأیید شده برای ایشان.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که کمیته کادر بالینی بر صلاحیت ۸۰ تا ۱۰۰ درصد کارکنان ارائه‌دهنده خدمات سلامت، نظارت می‌نماید، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که کمیته کادر بالینی بر صلاحیت ۶۰ تا ۷۹ درصد کارکنان ارائه‌دهنده خدمات سلامت نظارت می‌کند، بخشی از امتیاز را می‌گیرد؛
- در صورتی‌که کمیته کادر بالینی بر صلاحیت کمتر از ۶۰ درصد کارکنان ارائه‌دهنده خدمات سلامت نظارت می‌کند، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

A.5.2.2 بیمارستان دارای برنامه پیشگیری از خشونت در محل کار است.

معیارهای قابل‌سنجش

- خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برنامه پیشگیری از خشونت در محل کار؛
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی و روش‌های اجرایی برنامه پیشگیری از خشونت در محل کار؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برنامه پیشگیری از خشونت در محل کار.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی برنامه پیشگیری از خشونت در محل کار. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه خطمشی و روش‌های اجرایی برنامه پیشگیری از خشونت در محل کار. • گزارش بررسی میزان تبعیت از خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی برنامه پیشگیری از خشونت در محل کار.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی وجود دارد که بیمارستان برنامه پیشگیری از خشونت در محل کار دارد؟
مشاهده	• در این مورد کاربردی ندارد.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان دارای برنامه پیشگیری از خشونت در محل کار است، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان دارای برنامه پیشگیری از خشونت در محل کار نیست، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

A.5.2.3 مطابق با قوانین کشوری کار و با هدف ارائه خدمات ایمن، به کارکنان اجازه داده می‌شود که در شیفت‌های کاری خود، فُرجه استراحت کافی داشته باشند.

معیارهای قابل‌سنجش

- رعایت قانون کار کشوری؛
- خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی برای فُرجه‌های استراحت کافی کارکنان با هدف ارائه خدمات ایمن؛
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی مرتبط با فُرجه‌های استراحت کافی کارکنان با هدف ارائه خدمات ایمن؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی در خصوص فُرجه‌های استراحت کافی کارکنان با هدف ارائه خدمات ایمن.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای فُرجه‌های استراحت کافی کارکنان با هدف ارائه خدمات ایمن. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی مرتبط با فُرجه‌های استراحت کافی کارکنان با هدف ارائه خدمات ایمن. • گزارش بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی در خصوص فُرجه‌های استراحت کافی کارکنان با هدف ارائه خدمات ایمن.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی مبنی‌بر این که کارکنان مجاز هستند به‌منظور ارائه خدمات ایمن و مطابق با قانون کار کشوری، فُرجه‌های استراحت کافی داشته باشند، وجود دارد؟
مشاهده	• در این مورد کاربردی ندارد.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که مطابق قوانین کشوری کار و با هدف ارائه خدمات ایمن به کلیه کارکنان اجازه داده می‌شود که در شیفت کاری خود فُرجه استراحت کافی داشته باشند، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عموماً با هدف ارائه خدمات ایمن، به کارکنان اجازه داده نمی‌شود که در شیفت کاری خود فُرجه استراحت کافی داشته باشند، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

A.5.2.4 دانشجویان و کارآموزان در حیطه مهارت و صلاحیت‌های خود تحت نظارت مناسب ارائه خدمت می‌نمایند.

معیارهای قابل‌سنجش

- خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای کار دانشجویان و کارآموزان مبنی‌بر این که در بیمارستان تحت نظارت مناسب بوده و در حیطه مهارت و صلاحیت‌های خود ارائه خدمت می‌نمایند؛
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی کار دانشجویان و کارآموزان مبنی‌بر این که در بیمارستان تحت نظارت مناسب بوده و در حیطه مهارت و صلاحیت‌های خود ارائه خدمت می‌نمایند؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی کار دانشجویان و کارآموزان مبنی‌بر این که در بیمارستان تحت نظارت مناسب بوده و در حیطه مهارت و صلاحیت‌های خود ارائه خدمت می‌نمایند.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای کار دانشجویان و کارآموزان مبنی‌بر این که در بیمارستان تحت نظارت مناسب هستند و در حیطه مهارت و صلاحیت‌های خود ارائه خدمت می‌نمایند. • سوابق آموزش دانشجویان و کارآموزان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی که تحت نظارت مناسب کار کنند و در حیطه مهارت و صلاحیت‌های خود ارائه خدمت نمایند. • گزارش بررسی میزان تبعیت دانشجویان و کارآموزان از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی مبنی‌بر این که این افراد در بیمارستان تحت نظارت مناسب کار می‌کنند و در حیطه مهارت و صلاحیت‌های خود ارائه خدمت می‌نمایند.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی مبنی‌بر این که دانشجویان و کارآموزان تحت نظارت مناسب و در حیطه مهارت و صلاحیت‌های خود ارائه خدمت می‌نمایند، وجود دارد؟
مشاهده	• در این مورد کاربردی ندارد.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که دانشجویان و کارآموزان تحت نظارت مناسب بوده و در حیطه مهارت و صلاحیت‌های خود ارائه خدمت می‌نمایند، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که دانشجویان و کارآموزان در حیطه مهارت و صلاحیت‌های خود ارائه خدمت می‌نمایند، لیکن تحت نظارت مناسب نمی‌باشند، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

A.5.2.5 برنامه بهداشت حرفه‌ای برای کلیه کارکنان اجرا می‌شود.

معیارهای قابل‌سنجش

- پرونده بهداشت حرفه‌ای برای همه کارکنان؛
- خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برنامه بهداشت حرفه‌ای؛
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برنامه بهداشت حرفه‌ای؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برنامه بهداشت حرفه‌ای.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• پرونده برنامه بهداشت حرفه‌ای برای همه کارکنان. • خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برنامه بهداشت حرفه‌ای. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برنامه بهداشت حرفه‌ای. • گزارش‌هایی مبنی‌بر اندازه‌گیری میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برنامه بهداشت حرفه‌ای. • خط‌مشی در خصوص تزریقات ایمن[1].
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی مبنی‌بر این که برنامه بهداشت حرفه‌ای برای تمامی کارکنان اجرا می‌شود، وجود دارد؟
مشاهده	• در این مورد کاربردی ندارد.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که برنامه بهداشت حرفه‌ای کارکنان موجود است و برای کلیه کارکنان اجرا می‌شود، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که برنامه بهداشت حرفه‌ای کارکنان برای کارکنان اجرا نمی‌شود، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

A.5.2.6 بیمارستان به‌منظور تضمین انجام تزریقات ایمن سیستمی فعال دارد.

معیارهای قابل‌سنجش

- خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی تزریقات ایمن که شامل عدم استفاده مجدد از سرسوزن‌ها، آموزش بیماران و خانواده‌ها در مورد انتقال عوامل بیماری‌زا از طریق خون و اطمینان از روش‌های اجرایی دفع ایمن وسایل تیز و بُرنده، مانند پرهیز از گذاشتن مجدد درپوش سوزن‌ها و استفاده از ظروف ایمن[2] برای دفع وسایل نوک تیز؛
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی تزریقات ایمن؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی تزریقات ایمن.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

1. Safe injection practices
2. Safety boxes

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی تزریقات ایمن. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی تزریقات ایمن. • گزارش‌های بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی تزریقات ایمن.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی مبنی‌بر این که روال مشخصی در بیمارستان برای تضمین تزریقات ایمن وجود دارد، موجود است؟
مشاهده	• عدم گذاشتن مجدد درپوش سوزن‌ها و وجود ظروف ایمن برای دفع سرنگ و سرسوزن‌ها.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان جهت تضمین ایمنی تزریقات و نظارت بر آن، سیستمی فعال داشته باشد، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان جهت تضمین ایمنی تزریقات سیستم فعالی نداشته باشد، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

A.6	سطح معیار	بیانیه معیار	راهنما برای شواهد انطباق
بیمارستان دارای نظام مدیریت اطلاعات جهت پشتیبانی از ایمنی خدمات ارائه شده برای همه بخش‌ها است.	معیار اساسی	A.6.2.1 فرایندی منسجم برای تدوین و کنترل همه مستندات، خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی در تمامی بخش‌ها وجود دارد.	• خطمشی برای تدوین خطمشی‌ها. • الگویی برای تدوین خطمشی‌های یکسان. • سیستم کنترل مستندات/ پرونده‌ها.
		A.6.2.2 بیمارستان برای هر بیمار، یک پرونده پزشکی استاندارد با یک شناسه اختصاصی تهیه و نگهداری می‌نماید.	خطمشی‌هایی در مورد: ○ محتوای پرونده پزشکی. ○ نحوه ایجاد شناسه اختصاصی هر بیمار. ○ قانونمندی فرایند احراز هویت بیمار. ممیزی: ○ کامل‌بودن پرونده پزشکی. ○ خوانایی دست‌نوشته‌ها.
		A.6.2.3 بیمارستان از کدهای استاندارد برای طبقه‌بندی تشخیص بیماری‌ها و پروسیجرهای بالینی استفاده می‌نماید.	گزارش استفاده از طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD)، ویرایش دهم یا یازدهم.
		A.6.2.4 بیمارستان تضمین می‌نماید که پرونده‌های پزشکی در محیطی امن نگهداری می‌شوند و در صورت نیاز، به‌راحتی در دسترس ارائه دهندگان خدمات سلامت قرار دارند.	ممیزی در دسترس‌بودن پرونده‌های پزشکی.

A.6.2.1 فرایندی منسجم برای تدوین و کنترل همه مستندات، خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی در تمامی بخش‌ها وجود دارد.

معیارهای قابل‌سنجش

- خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی برای همه بخش‌ها و خدمات؛
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی مربوطه؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی مربوطه.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای همه بخش‌ها و خدمات. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی بخش‌ها و / یا خدمات. • گزارش‌هایی که شامل بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی بخش‌ها و/ یا خدمات باشند. • الگویی یکسان برای تدوین خط‌مشی‌ها. • سیستم کنترل مستندات. • خط‌مشی‌ها حداقل شامل موارد زیر باشند: ○ امنیت و شناسایی کارکنان. ○ شناسایی مشتری. ○ حفظ حریم شخصی و محرمانگی اطلاعات مشتری. ○ شکایات. ○ گزارش وقایع ناخواسته. ○ گزارش تصادفات و رفتار مشکوک به پلیس. ○ مناطق معین برای کشیدن سیگار. ○ اطلاعات به مشتریان در مورد جزئیات هزینه خدمات. ○ کنترل عفونت و بهداشت دست. ○ رضایت آگاهانه. ○ فهرست تأیید شده اختصارات. ○ ایمنی دارو. ○ تعمیر و نگهداشت پیشگیرانه.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی وجود دارد که بیمارستان دارای خط‌مشی و روش‌های اجرایی برای همه بخش‌ها و خدمات خود و سیستم‌های فعال به‌منظور نظارت بر اجرای آنها می‌باشد؟
مشاهده	• در این مورد کاربردی ندارد.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان برای ۸۰ تا ۱۰۰ درصد بخش‌ها و خدمات خود خط‌مشی و روش‌های اجرایی دارد و دارای سیستم‌های فعال و پایا به‌منظور نظارت بر اجرای آنها است، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان برای ۶۰ تا ۷۹ درصد بخش‌ها و خدمات خود خط‌مشی و روش‌های اجرایی دارد، بخشی از امتیاز را می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان خط‌مشی و روش اجرایی یا سیستم فعال و پایایی به‌منظور نظارت بر اجرای آنها ندارد، یا دارای سیستمی است که کمتر از ۶۰ درصد از بخش‌ها و خدمات را شامل می‌شود، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

A.6.2.2 بیمارستان برای هر بیمار یک پرونده پزشکی استاندارد با یک شناسه اختصاصی تهیه و نگهداری می‌نماید.

معیارهای قابل‌سنجش

- فرایندی برای حصول اطمینان از این‌که هر بیمار یک پرونده پزشکی کامل با یک شناسه اختصاصی دارد؛
- خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای پرونده‌های پزشکی کامل و اختصاصی برای بیماران؛
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی مربوط به پرونده‌های پزشکی کامل و اختصاصی؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای پرونده‌های پزشکی کامل و اختصاصی.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی پرونده‌های پزشکی کامل و اختصاصی برای هر بیمار. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی و روش‌های اجرایی پرونده‌های پزشکی کامل و اختصاصی برای هر بیمار. • گزارش‌های بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی و روش‌های اجرایی پرونده‌های پزشکی کامل و اختصاصی برای هر بیمار.
مصاحبه‌ها	• آیا شواهدی مبنی‌بر این که بیمارستان برای هر بیمار یک پرونده کامل پزشکی با یک شناسه اختصاصی تهیه و نگهداری می‌نماید، وجود دارد؟
مشاهده	• یک پرونده پزشکی کامل برای هر بیمار با یک شناسه اختصاصی.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که هر بیمار یک پرونده پزشکی کامل با یک شناسه اختصاصی داشته باشد، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که هر بیمار یک پرونده پزشکی کامل با یک شناسه اختصاصی نداشته باشد، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

A.6.2.3 بیمارستان از کدهای استاندارد برای طبقه‌بندی تشخیص بیماری‌ها و پروسیجرهای بالینی استفاده می‌نماید.

معیارهای قابل‌سنجش

- فرایند استفاده از کدهای استاندارد برای طبقه‌بندی بیماری‌ها، تشخیص‌ها و پروسیجرهای بالینی (طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها [ICD]، ویرایش ده یا یازده)؛
- کدهای استاندارد برای طبقه‌بندی بیماری‌ها، تشخیص و پروسیجرهای بالینی (ICD – ۱۰ و ICD – ۱۱)؛
- خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای استفاده از کدهای استاندارد برای طبقه‌بندی بیماری‌ها؛
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی مرتبط با استفاده از کدهای استاندارد برای هر یک از بیماری‌ها؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی مرتبط با استفاده از کدهای استاندارد برای هر یک از بیماری‌ها.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای استفاده از کدهای استاندارد برای بیماری‌ها. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی مرتبط با استفاده از کدهای استاندارد برای هر یک از بیماری‌ها. • گزارش‌های بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی مرتبط با استفاده از کدهای استاندارد برای هر یک از بیماری‌ها.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی وجود دارد که بیمارستان از کدهای استاندارد برای طبقه‌بندی بیماری‌ها (ICD11 و ICD10)، تشخیص‌ها و پروسیجرهای بالینی استفاده می‌نماید؟
مشاهده	• کدهای استاندارد برای طبقه‌بندی بیماری‌ها (ICD11 و ICD10)، تشخیص ها و پروسیجرهای بالینی.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان از کدهای استاندارد برای طبقه‌بندی بیماری‌ها (ICD11 و ICD10)، تشخیص‌ها و پروسیجرهای بالینی استفاده می‌نماید، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان از کدهای استاندارد برای طبقه‌بندی بیماری‌ها (ICD11 و ICD10)، تشخیص‌ها و پروسیجرهای بالینی استفاده نمی‌نماید، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

A.6.2.4 بیمارستان تضمین می‌نماید که پرونده‌های پزشکی در محیطی امن نگهداری می‌شوند و در صورت نیاز، به‌راحتی در دسترس ارائه‌دهندگان خدمات سلامت قرار دارند.

معیارهای قابل‌سنجش

- خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی دسترسی به پرونده‌های پزشکی؛
- سوابق آموزشی کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی دسترسی به پرونده‌های پزشکی؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی مربوط به دسترسی به پرونده‌های پزشکی.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی دسترسی به پرونده‌های پزشکی. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی دسترسی به پرونده‌های پزشکی. • گزارش‌های بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی مربوط به دسترسی به پرونده‌های پزشکی.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی وجود دارد که پرونده‌های پزشکی در صورت نیاز، به‌راحتی در دسترس ارائه‌دهندگان خدمات سلامت قرار دارند؟
مشاهده	• در این مورد کاربردی ندارد.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که پرونده‌های پزشکی در صورت نیاز به‌راحتی در دسترس ارائه‌دهندگان خدمات می‌باشند، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که پرونده‌های پزشکی در صورت نیاز به‌راحتی در دسترس ارائه‌دهندگان خدمات نمی‌باشند، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

حیطه B: مشارکت بیماران و جامعه

حیطه	بیانیه استاندارد	تعداد معیارها		
		الزامی	اساسی	پیشرفته
B: استانداردهای مشارکت بیمار و جامعه	B.1: برنامه‌ای برای حفظ حقوق بیماران تدوین شده که ایمنی بیمار در آن لحاظ شده‌است.	۰	۴	۰
	B.2: بیمارستان، آگاهی بیماران و مراقبین آنها را در زمینه سلامت افزایش می‌دهد تا آنها را در اتخاذ تصمیم صحیح در مورد نحوه درمان خود توانمند سازد.	۱	۷	۲
	B.3: بیمارستان، شناسایی صحیح هویت بیماران و احراز آن را در تمام مراحل درمان تضمین می‌نماید.	۱	۲	۱
	B.4: بیمارستان در فعالیت‌های مختلف ایمنی بیمار، جامعه و عموم مردم را مشارکت می‌دهد.	۰	۲	۲
	B.5: بیمارستان، حوادث تهدیدکننده ایمنی که برای بیمار رخداده است را با وی و مراقبین او در میان می‌گذارد.	۰	۲	۰
	B.6: بیمارستان بیماران را نسبت به ارائه نظر و بیان دیدگاه‌هایشان تشویق می‌کند و بر اساس دغدغه ها و شکایات بیماران عمل می‌نماید.	۰	۲	۲
	B.7: بیمارستان دارای محیط دوستدار ایمنی بیمار است.	۰	۳	۰
	کل	**۲**	**۲۲**	**۷**

B.1	سطوح معیار	بیانیه معیار	راهنمای انطباق با شواهد
برنامه‌ای برای حفظ حقوق بیماران تدوین شده که ایمنی بیمار در آن لحاظ شده است.	معیارهای اساسی	B.1.2.1: بیمارستان، منشور حقوق بیمار دارد که در دسترس همه بیماران، خانواده‌ها و ملاقات‌کنندگان آنها قرار دارد.	منشور حقوق بیمار با ویژگی‌های ذیل: ○ مکتوب و مصوب شده است. ○ برای بیماران و مراقبین آنها در سراسر بیمارستان قابل‌رؤیت است. ○ توسط خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی پشتیبانی می‌شود.
		B.1.2.2: ایمنی بیمار در منشور حقوق بیمار لحاظ شده است.	شواهدی از نحوه لحاظ‌شدن ایمنی بیمار در منشور حقوق بیمار وجود دارد، به‌عبارت دیگر ذکر این نکته که بیماران از حقوق زیر برخوردارند: ○ محیط امن، ایمن و پاکیزه. ○ کارکنان شایسته و دارای صلاحیت.
		B.1.2.3: فرایندی مستند برای مواجهه با وضعیتی که بیماران از دریافت درمان خودداری می‌نمایند، وجود دارد.	خطمشی و فرم برای بیمارانی که از دریافت درمان‌های پزشکی امتناع می‌کنند، وجود دارد.
		B.1.2.4: بیمارستان بیماران را از مسئولیت‌هایشان در طی فرایند درمان مطلع می‌نماید.	• بیانیه وظایف بیمار با ویژگی‌های ذیل: ○ مکتوب و مصوب شده است. ○ در سراسر بیمارستان در معرض دید بیماران و همراهان است. • وظایف می‌تواند شامل ارائه اطلاعات صحیح به ارائه‌دهندگان خدمات، تسهیل در ارائه خدمات و احترام به حقوق کارکنان باشد.

B.1.2.1 بیمارستان منشور حقوق بیمار دارد که در دسترس همه بیماران، خانواده‌ها و ملاقات‌کنندگان آنها قرار دارد.

معیارهای قابل‌سنجش

- منشور حقوق بیمار و خانواده بیمار مکتوب و مصوب شده است؛
- منشور حقوق بیمار در سراسر بیمارستان در معرض دید بیماران و همراهان‌شان قرار دارد؛
- حقوق بیمار و خانواده‌اش در صورت درخواست برای آنها بیان می‌شود.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• منشور حقوق بیمار و خانواده ایشان که مکتوب و مصوب شده است. • فرایند نحوه اطلاع‌رسانی در خصوص حقوق بیمار و خانواده ایشان در صورت درخواست آنها.
مصاحبه‌ها	• چه کسی منشور حقوق بیمار را تأیید می‌نماید؟ • آیا منشور حقوق بیمار و خانواده‌اش منطبق بر قوانین کشوری است؟
مشاهده	• بیمارستان منشور حقوق بیمار دارد و در معرض دید بیماران قرار دارد.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که منشور حقوق بیمار در بیمارستان، موجود و در معرض دید بیماران قرار دارد، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که منشور حقوق بیمار در بیمارستان موجود نیست، امتیازی نمی‌گیرد.

B.1.2.2 ایمنی بیمار در منشور حقوق بیمار لحاظ شده است.

معیارهای قابل‌سنجش

- منشور مکتوب و مصوب حقوق بیمار و خانواده که در آن ایمنی بیمار لحاظ شده است و شامل موارد زیر می‌شود، اما فقط محدود به این موارد نمی‌باشد:
  - حق دسترسی به مراقبت در بیمارستان.
  - حق احترام به باورهای فرهنگی و عقاید معنوی و ترجیحات فردی بیماران.
  - حق مطلع شدن و مشارکت در اتخاذ کلیه تصمیمات پزشکی در حین مراقبت.
  - حق شکایت.
  - حق ایمنی بیمار.
  - حق امنیت، حریم خصوصی و رازداری.
  - حق مدیریت/ کنترل درد.
  - حق دسترسی به اطلاعات در مورد خدمات بیمارستان و پیامدهای آن.
  - حق امتناع از دریافت درمان.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• منشور مکتوب و مصوب حقوق بیمار و خانواده که در آن ایمنی بیمار لحاظ شده است. • خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی در خصوص حق ایمنی بیمار.
مصاحبه‌ها	• حقوق بیماران شامل چه مواردی می‌شود؟
مشاهده	• منشور حقوق بیمار و خانواده در سراسر بیمارستان در معرض دید قرار دارد.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که منشور حقوق بیمار در بیمارستان وجود داشته باشد و ایمنی بیمار در آن لحاظ شده باشد، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که منشور حقوق بیمار موجود نباشد و ایمنی بیمار در آن لحاظ نشده باشد، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

B.1.2.3 فرایندی مستند برای مواجهه با وضعیتی که بیماران از دریافت درمان خودداری می‌نمایند، وجود دارد.

معیارهای قابل‌سنجش

- خط‌مشی بیمارستان برای بیمارانی که علی‌رغم توصیه‌های مدیریت و درمان بالینی، از دریافت درمان خودداری می‌نمایند؛
- مستندسازی مواردی که بیماران از دریافت درمان امتناع می‌نمایند و علل آن.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• فرم‌ها و رضایت‌نامه اخذ شده از بیمارانی که از پذیرش توصیه‌های تیم پزشکی و دریافت درمان تجویز شده امتناع می‌نمایند. • مستنداتی که خط‌مشی بیمارستان را برای کسانی که از دریافت نسخه‌های تجویز شده خودداری می‌نمایند، نشان می‌دهند.
مصاحبه‌ها	• شاغلین حرف پزشکی: شاغلین حرف پزشکی چگونه با بیمارانی که علی‌رغم توصیه‌های پزشکی از دریافت درمان خودداری می‌کنند، برخورد می‌نمایند؟
مشاهده	• بیمارستان منشور حقوق بیمار دارد که در آن حق بیمار برای امتناع از درمان وجود داشته و در معرض دید بیماران قرار دارد.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان خط‌مشی مشخصی برای مواجهه با وضعیتی که بیماران از دریافت درمان خودداری می‌نمایند داشته باشد، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان خط‌مشی مشخصی برای مواجهه با وضعیتی که بیماران از دریافت درمان خودداری می‌نمایند یا از پیروی از توصیه‌های پزشکی امتناع می‌کنند، نداشته باشد، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

B.1.2.4 بیمارستان بیماران را از مسئولیت‌هایشان در طی فرایند درمان مطلع می‌نماید.

معیارهای قابل‌سنجش

- منشور مسئولیت‌های بیمار و خانواده بیمار که مکتوب و مصوب شده است؛
- منشور مسئولیت‌های بیمار و خانواده وی در سراسر بیمارستان در معرض دید بیماران و همراهان قرار دارد؛
- وظایف می‌تواند شامل ارائه اطلاعات صحیح به ارائه‌دهندگان خدمات، تسهیل در ارائه مراقبت و احترام به حقوق کارکنان باشد.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• منشور مکتوب و مصوب مسئولیت‌های بیمار و خانواده وی.
مصاحبه‌ها	• چه کسی منشور مسئولیت‌های بیمار را تأیید می‌نماید؟ • آیا مسئولیت‌ها، وظایف بیمار و خانواده، در صورت وجود، با قوانین ملی تطابق دارند؟
مشاهده	• منشور مسئولیت‌های بیمار و خانواده وی موجود است و در معرض دید بیماران قرار دارد.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که منشور مسئولیت‌های بیمار در بیمارستان وجود دارد و در معرض دید بیماران قرار دارد، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که منشور مسئولیت‌های بیمار در بیمارستان وجود ندارد، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

B.2	سطح معیار	بیانیه معیار	راهنما برای شواهد انطباق
بیمارستان آگاهی بیماران و مراقبین آنها را در زمینه سلامت افزایش می‌دهد تا آنها را در اتخاذ تصمیم صحیح در مورد نحوه درمان خود توانمند سازد.	معیار الزامی	B.2.1.1 رضایت آگاهانه قبل از هر اقدامی که نیاز به رضایت آگاهانه دارد، توسط کارکنان ذی‌صلاح به روش و زبانی که برای بیمار یا قیم قانونی وی قابل‌درک باشد، اخذ می‌شود.	خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای رضایت آگاهانه که شامل راهنمایی در موارد زیر است: ○ فهرستی از پروسیجرهای تهاجمی که اخذ رضایت آگاهانه برای آنها الزامی است. ○ اطلاعاتی که باید به بیمار داده شود، تا اطمینان حاصل گردد که قبل از شروع مداخلات بالینی و استفاده از هر نوع آرام‌بخشی، تمام خطرات، منافع و عوارض جانبی احتمالی به وی توضیح داده شده است.
	معیار اساسی	B.2.2.1 بیمارستان آموزش‌هایی را برای مشارکت بیمار و خانواده وی در برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری برای درمان و موضوعات عمومی مرتبط با ایمنی بیمار ارائه می‌دهد.	• مطالب آموزشی استفاده شده نظیر بروشورها، متون آموزشی، و یادداشت‌های سخنرانی. • صورت‌جلسه نشست‌های گروه حمایتی برای بیماری‌های خاص و امضای حاضرین جلسات. • خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای ارتقای سلامت.
		B.2.2.2 تمامی بیماران اطلاعات کامل و روزآمد مرتبط با تشخیص و درمان خود را از پزشک معالج‌شان دریافت می‌نمایند.	فرایند ارائه برگه خلاصه ترخیص به بیماران که شامل موارد زیر است: ○ فرد مسئول. ○ نمونه اطلاعاتی که باید در زمان ترخیص در اختیار بیمار قرار بگیرد.
		B.2.2.3 بیمارستان به بیمار و مراقبین بیمار در مورد نحوه مراقبت‌های پس از ترخیص آموزش می‌دهد.	• فرایند آموزش مراقبین بیماران جهت مراقبت پس از ترخیص: مراقبت از بیمار، رژیم غذایی، استفاده ایمن و مؤثر از تجهیزات پزشکی و توان‌بخشی.
		B.2.2.4 در زمان پذیرش، تاریخچه کامل پزشکی، برنامه درمانی و نیازهای بیمار ارزیابی شده و در پرونده پزشکی ثبت می‌شوند.	• مدارک پزشکی شامل شرح‌حال بیمار و برنامه‌های درمانی. • مسیر یکپارچه مراقبت.
		B.2.2.5 هنگام ترخیص، خلاصه‌ای دقیق از ترخیص یا ارجاع بیمار به اطلاع وی و پزشک اولیه / ارجاع‌دهنده ایشان رسانده می‌شود.	فرایند ارائه برگه خلاصه ترخیص به بیماران که موارد زیر را نشان می‌دهد: ○ چه کسی مسئول است؟ ○ نمونه اطلاعاتی که به اشتراک گذاشته می‌شود.
		B.2.2.6 روش‌های آموزش سلامت فرهنگ، ارزش‌ها و ترجیحات بیماران و خانواده ایشان را مورد توجه قرار می‌دهند.	خط‌مشی مورد استفاده جهت سواد سلامت.
		B.2.2.7 بیماران نسبت به ارائه نظر در خصوص سه چالش جهانی سازمان جهانی بهداشت در خصوص ایمنی بیمار (خدمات تمیز، خدماتی ایمن‌تر است – جراحی ایمن نجات‌بخش جان انسان‌ها می‌باشد – دارو درمانی بدون آسیب) آگاه و تشویق می‌شوند.	بیماران نسبت به چالش‌های ایمنی بیمار ارائه نظر کرده و نسبت به سؤال و ارائه دیدگاه خود در خصوص مراقبت‌های ایمن تشویق می‌شوند. سه چالش جهانی سازمان جهانی بهداشت عبارتند از: ۱– خدمات تمیز، خدماتی ایمن‌تر است. ۲– جراحی ایمن، نجات‌بخش جان انسان‌ها است. ۳– دارودرمانی بدون آسیب.
	معیار پیشرفته	B.2.3.1 بیمارستان بیماران را تشویق می‌نماید تا در برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری در امور مرتبط با درمان خود از جمله ترخیص یا ارجاع مشارکت نمایند.	• فرایندی برای تشویق بیماران به مشارکت در برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری در امور درمانی خود. • برنامه‌ریزی برای ترخیص یا ارجاع با مشارکت بیماران صورت می‌گیرد. • اگر پیامد درمان، مرگ باشد، برنامه‌ریزی می‌تواند شامل آماده‌سازی بیماران و خانواده ایشان برای مرگ، مدیریت درد و علائم بیماری، ارتباط با گروه‌های حمایتی، مشاوره، و رفع نیازهای معنوی و فرهنگی آنان باشد.
		B.2.3.2 بیمارستان توصیه‌هایی در خصوص ایمنی بیمار از طریق رسانه‌های متعدد، از جمله مطالب آموزشی مکتوب، رسانه‌های اجتماعی و وب‌سایت با دسترسی عموم ارائه می‌دهد.	• وب‌سایتی برای خدمات سلامت بیمارستان. • دسترسی بیماران به وب‌سایت خدمات سلامت بیمارستان.

B.2.1.1 رضایت آگاهانه، قبل از هر اقدامی که نیاز به رضایت آگاهانه دارد، توسط کارکنان ذی‌صلاح به روش و زبانی که برای بیمار یا قیم قانونی وی قابل‌درک باشد، اخذ می‌شود.

معیارهای قابل‌سنجش

- خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای اخذ رضایت آگاهانه؛
- سوابق آموزشی کارکنان در زمینه خط‌مشی و روش‌های اجرایی اخذ رضایت آگاهانه؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی رضایت آگاهانه؛
- فهرستی از پروسیجرهای بالینی که برای آنها رضایت آگاهانه مورد نیاز است، شامل موارد ذیل می‌باشد و لیکن محدود به این موارد نمی‌باشد: پروسیجرهای تهاجمی؛ اعمال جراحی؛ بیهوشی؛ ترانسفوزیون خون؛ پروسیجرهای بالینی پرخطر، درمان‌های پرخطر؛ و اهدای عضو و پیوند؛
- فرم‌های رضایت آگاهانه که در بخش‌های مربوطه در دسترس هستند؛
- فرم‌های رضایت آگاهانه که تکمیل، امضا و زمان‌بندی شده است و دارای تاریخ بوده و در پرونده پزشکی بیماران در دسترس می‌باشند.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای اخذ رضایت آگاهانه. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی اخذ رضایت آگاهانه. • مستندات بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی اخذ رضایت آگاهانه. • فهرستی از پروسیجرهای بالینی که برای آنها رضایت آگاهانه مورد نیاز است، شامل موارد ذیل می‌باشد و لیکن محدود به این موارد نمی‌باشد: پروسیجرهای تهاجمی؛ اعمال جراحی؛ بیهوشی؛ ترانسفوزیون خون؛ پروسیجرهای بالینی پرخطر؛ درمان‌های پرخطر؛ و اهدای عضو و پیوند. • بررسی نمونه تصادفی از پرونده‌های پزشکی به‌منظور بررسی این موضوع که آیا فرم رضایت آگاهانه تکمیل و امضا شده است، دارای تاریخ و زمان بوده و در پرونده‌های پزشکی موجود است.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی دال‌بر اجرای خط‌مشی اخذ رضایت آگاهانه وجود دارد؟ • بیماران یا قیم قانونی بیمار: قبل از این‌که شما فرم رضایت آگاهانه را امضا نمایید، چه اقداماتی صورت گرفت؟
مشاهده	• فرم‌های رضایت آگاهانه در بخش‌های مربوطه موجود هستند.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که قبل از انجام هرگونه پروسیجر تهاجمی، رضایت‌نامه‌ای توسط بیماران امضا شود و بیماران از تمامی خطرات پروسیجر مربوطه از قبل، مطلع شوند، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که قبل از انجام هرگونه پروسیجر تهاجمی، شواهدی مبنی‌بر اخذ رضایت از بیماران وجود نداشته باشد، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

B.2.2.1 بیمارستان آموزش‌هایی را برای مشارکت بیمار و خانواده وی در برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری برای درمان و موضوعات عمومی مرتبط با ایمنی بیمار ارائه می‌دهد.

معیارهای قابل‌سنجش

- خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای آموزش سلامت؛
- مطالب آموزشی مورد استفاده، از جمله بروشور، متون آموزشی یا یادداشت‌های سخنرانی؛
- صورت‌جلسه سه جلسه اخیر گروه حمایتی ویژه بیماری[1] به همراه امضای حاضرین در جلسه؛
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی آموزش سلامت؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی آموزش سلامت؛
- فرم تکمیل‌شده بررسی نیازهای آموزش سلامت بیمار در پرونده پزشکی.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• مطالب آموزشی مورد استفاده، از جمله بروشور، متون آموزشی یا یادداشت‌های سخنرانی. • خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای آموزش به بیمار در مورد مشکلات خاص سلامت آنها و ایمنی بیمار. • سوابق آموزشی کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی آموزش سلامت. • مستندات بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی آموزش سلامت. • صورت‌جلسه سه نشست اخیر گروه حمایتی ویژه بیماری به همراه امضای حاضرین در جلسه. • بررسی مدارک پزشکی: فرم تکمیل شده آموزش سلامت.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی مبنی‌بر این که بیمارستان آگاهی بیماران و خانواده‌های ایشان را در خصوص مشکلات اختصاصی سلامت آنها و همچنین موضوعات عمومی مرتبط با ایمنی بیمار ارتقاء می‌دهد، وجود دارد؟ • بیماران: آیا شما آموزشی در مورد بیماری خود و موضوعات عمومی مرتبط با ایمنی بیمار دریافت کرده‌اید؟
مشاهده	• وجود مطالب آموزشی جهت استفاده، از جمله بروشورها در فضاهای عمومی انتظار و غیره.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان آگاهی بیماران و خانواده‌های ایشان را در خصوص سلامت با توجه مشکلات خاص سلامت آنها و موضوعات عمومی مرتبط با ایمنی بیمار ارتقاء می‌دهد، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان آگاهی بیماران و خانواده‌های ایشان را در خصوص سلامت با توجه مشکلات خاص سلامت آنها و موضوعات عمومی مرتبط با ایمنی بیمار ارتقاء نمی‌دهد، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

1. Disease-specific support group

B.2.2.2 تمامی بیماران اطلاعات کامل و روزآمد مرتبط با تشخیص و درمان خود را از پزشک معالج‌شان دریافت می‌نمایند.

معیارهای قابل‌سنجش

- خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی ارائه اطلاعات کامل و روزآمد تشخیص و درمان به بیماران؛
- مستندات آموزش کارکنان در مورد خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی برای ارائه اطلاعات کامل و روزآمد مرتبط با تشخیص و درمان به بیماران؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی برای ارائه اطلاعات کامل و روزآمد مرتبط با تشخیص و درمان به بیماران؛
- فرم‌های تکمیل شده در پرونده‌های پزشکی با امضا، تاریخ و زمان‌بندی توسط پزشک معالج و بیماران یا افراد مجاز.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• خطمشی و روش‌های اجرایی برای ارائه اطلاعات کامل و روزآمد مرتبط با تشخیص و درمان به بیماران. • مستندات آموزش کارکنان در خصوص خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی ارائه اطلاعات کامل و روزآمد مرتبط با تشخیص و درمان به بیماران. • مستنداتی که نشان‌دهنده میزان تبعیت از خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی ارائه اطلاعات کامل و روزآمد مرتبط با تشخیص و درمان به بیماران باشند. • بررسی پرونده پزشکی: طرح تکمیل شده مراقبت بالینی برای برگه تشخیص و درمان (و یا معادل آن).
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی وجود دارد که همه بیماران از پزشک معالج خود اطلاعات کامل و روزآمد مرتبط با تشخیص و درمان خود دریافت می‌نمایند؟ • بیماران: آیا شما همیشه در مورد روند تشخیص و درمان خود به‌روز بودید؟
مشاهده	• در این مورد کاربردی ندارد.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که تمامی بیماران اطلاعات کامل و روزآمد تشخیص و درمان خود را از پزشک معالج‌شان دریافت می‌نمایند، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که به‌طور معمول بیماران اطلاعات کامل و روزآمد تشخیص و درمان خود را از پزشک معالج‌شان دریافت نمی‌نمایند، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

B.2.2.3 بیمارستان به بیمار و مراقبین بیمار در مورد نحوه مراقبت‌های پس از ترخیص آموزش می‌دهد.

معیارهای قابل‌سنجش

- فرایند آموزش مراقبین بیماران در مراقبت‌های پس از ترخیص: مراقبت از بیمار؛ رژیم غذایی؛ استفاده ایمن و مؤثر از تجهیزات پزشکی؛ و توان‌بخشی؛
- خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای آموزش مراقبین بیماران در مورد نحوه مراقبت‌های پس از ترخیص؛
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی آموزش مراقبین بیماران در مورد نحوه مراقبت‌های پس از ترخیص؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی آموزش بیماران مراقبین در مورد نحوه مراقبت‌های پس از ترخیص.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای آموزش مراقبین بیماران در مورد نحوه مراقبت‌های پس از ترخیص. • مستندات آموزشی کارکنان درباره خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی موجود برای آموزش مراقبین بیماران در مورد نحوه مراقبت‌های پس از ترخیص. • مستنداتی دال‌بر رعایت خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی موجود در خصوص آموزش مراقبین بیماران در مورد نحوه مراقبت‌های پس از ترخیص. • بررسی نمونه‌ی تصادفی از پرونده‌های پزشکی: موجود بودن فرم تکمیل شده آموزش مراقبت‌های پس از ترخیص در پرونده.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی مبنی‌بر آموزش مراقبین بیماران در خصوص مراقبت‌های پس از ترخیص وجود دارد؟ • بیماران: آیا شما و/یا مراقبین شما در زمینه مراقبت‌های پس از ترخیص آموزشی دریافت کرده‌اید؟
مشاهده	• در این مورد کاربردی ندارد.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان به مراقبین بیماران در مورد نحوه مراقبت پس از ترخیص آموزش می‌دهد، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان به مراقبین بیماران در مورد نحوه مراقبت پس از ترخیص آموزشی ارائه نمی‌دهد، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

B.2.2.4 در زمان پذیرش، تاریخچه کامل پزشکی، برنامه درمانی و نیازهای بیمار ارزیابی شده و در پرونده پزشکی ثبت می‌شوند.

معیارهای قابل‌سنجش

- پرونده پزشکی بیماران شامل جزئیات تاریخچه پزشکی[1] بیمار هنگام پذیرش است؛
- پرونده پزشکی که برنامه‌های درمانی مورد نیاز برای هر بیمار را مشخص می‌کند؛
- مستنداتی که تجهیزات پزشکی و داروهای مورد نیاز برای برنامه درمانی هر بیمار را مشخص می‌کند؛
- مستنداتی که بخش‌های مسئول برای مدیریت بیمار و نحوه ارتباطات بین این بخش‌ها برای ارائه خدمات سلامت یکپارچه به بیمار را نشان می‌دهند.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• پرونده پزشکی بیماران که شامل جزئیات تاریخچه پزشکی بیمار در هنگام پذیرش است. • چارت‌های پیگیری برای هر بیمار که با بررسی وضعیت بالینی بیمار در زمان‌پذیرش شروع می‌شوند. • پرونده پزشکی که برنامه‌های درمانی مورد نیاز برای هر بیمار را مشخص می‌کند. • مستنداتی که تجهیزات پزشکی و داروهای مورد نیاز برای مدیریت بالینی هر بیمار را مشخص می‌کند. • مستنداتی که بخش‌های مسئول برای مدیریت بیمار و نحوه ارتباطات بین این بخش‌ها برای ارائه خدمات یکپارچه سلامت به بیمار را نشان می‌دهند.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: به‌عنوان یکی از کارکنان بالینی در زمان‌پذیرش بیمار جدید به‌طور معمول چه کارهایی انجام می‌دهید؟ • آیا مستندسازی مناسب همراه با چارت پیگیری برای هر بیمار بستری که با بررسی وضعیت بالینی وی در هنگام پذیرش شروع شود، وجود دارد؟
مشاهده	• یک پرونده پزشکی با کلیه مستندات مرتبط برای هر بیمار موجود است و کلیه کارکنان مربوطه در هر زمان می‌توانند به آن دسترسی داشته باشند.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان روال مشخصی برای تهیه پرونده پزشکی برای هر بیمار در هنگام پذیرش داشته باشد، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان روال مشخصی برای مدارک پزشکی بیمار نداشته باشد، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

1. Medical history

B.2.2.5 هنگام ترخیص، خلاصه‌ای دقیق از ترخیص یا ارجاع بیمار به اطلاع وی و پزشک اولیه / ارجاع‌دهنده ایشان رسانده می‌شود.

معیارهای قابل‌سنجش

- برگه خلاصه ترخیص / فرم ارجاع موجود است و به همه بیماران در هنگام ترخیص / ارجاع از بیمارستان داده می‌شود؛
- خلاصه‌ای از مدارک ترخیص / فرم برگشت ارجاع بیمار با پزشک ارجاع‌دهنده وی از سطح اول خدمات سلامتی به اشتراک گذاشته می‌شود.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- دستورالعمل‌های نحوه امتیازدهی را بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• به هر بیمار در زمان ترخیص برگه خلاصه ترخیص داده شود. • خلاصه‌ای از مدارک ترخیص / برگشت ارجاع بیمار با پزشک اولیه / ارجاع‌دهنده بیمار جهت پیگیری و به‌روزرسانی سوابق به اشتراک گذاشته می‌شود.
مصاحبه‌ها	• آیا ساختار مشخصی برای برگه خلاصه ترخیص بیماران وجود دارد؟ • آیا پس از ترخیص، تمام اطلاعات بالینی و مدیریتی با پزشکان ارجاع‌دهنده بیمار از سطح اول خدمات سلامتی به اشتراک گذاشته می‌شود؟
مشاهده	• در این مورد کاربردی ندارد.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان دارای برگه خلاصه ترخیص / ارجاع برای بیماران در حال ترخیص باشد، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان روال مشخصی برای ترخیص بیماران و به اشتراک‌گذاری داده‌های بالینی با آنها و پزشکان ارجاع دهنده آنها از سطح اول خدمات نداشته باشد، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

B.2.2.6 روش‌های آموزش سلامت فرهنگ، ارزش‌ها و ترجیحات بیماران و خانواده ایشان را مورد توجه قرار می‌دهند.

معیارهای قابل‌سنجش

- مستنداتی که خط‌مشی بیمارستان در خصوص سواد سلامت را نشان دهد؛
- ابزارها و فعالیت‌های آموزش سلامت که در بیمارستان اجرا می‌شود.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• خطمشی بیمارستان در خصوص سواد سلامت. • گزارش فعالیت‌های آموزش و ارتقاء سلامت که در بیمارستان صورت گرفته است. • ابزارهایی که برای ارائه پیام‌های آموزش سلامت استفاده شده‌اند.
مصاحبه‌ها	• آیا خطمشی مشخصی برای ارائه پیام‌های آموزش سلامت به زبان و روشی که متناسب با فرهنگ بیمار و محیط وی باشد، وجود دارد؟ • آیا مخاطب هدف این آموزش‌ها فراتر از بیمارستان است به‌نحوی که خانواده‌ها و جامعه را نیز دربرگیرد؟
مشاهده	• در این مورد کاربردی ندارد.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان روش‌های اجرایی آموزشی را به‌نحوی در نظر بگیرد که با فرهنگ بیمار و خانواده وی سازگار باشد، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان در خطمشی و روش‌های اجرایی آموزش سلامت، فرهنگ محیط پیرامون خود را در نظر نگیرد، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

B.2.2.7 بیماران نسبت به ارائه نظر در خصوص سه چالش جهانی سازمان جهانی بهداشت در خصوص ایمنی بیمار (خدمات تمیز، خدمات ایمن‌تری است – جراحی ایمن، نجات‌بخش جان انسان‌ها می‌باشد – دارو درمانی بدون آسیب) آگاه و تشویق می‌شوند.

معیارهای قابل‌سنجش

- مستندات افزایش آگاهی و فعالیت‌هایی به‌منظور ارائه راهنماهای رعایت بهداشت دست برای کارکنان، بیماران و خانواده آنها؛
- مستندات آموزش بیماران در مورد راهنماهای قبل و بعد از جراحی و تشویق آنها برای صحبت در مورد حقوقشان و درخواست دریافت خدمات؛
- مطالب آموزش سلامت و دستورالعمل‌ها برای اطمینان از ایمنی دارو؛
- سیستم گزارش‌دهی/ شکایت و خطمشی جهت توانمندسازی بیماران برای صحبت در مورد نیازهایشان جهت تضمین دریافت خدمات سلامت ایمن.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• خط‌مشی‌هایی که مؤید وجود سیستم گزارش‌دهی / شکایات جهت توانمندی بیماران برای صحبت در خصوص حق خود جهت دریافت خدمات ایمن باشند. • گزارش‌هایی که نشان می‌دهد فعالیت‌هایی برای توزیع راهنماهای رعایت بهداشت دست بین کارکنان و همچنین بیماران و خانواده آنها صورت‌گرفته است. • مستنداتی که به بیماران در مورد دستورالعمل‌های قبل و بعد از جراحی آموزش می‌دهند و آنها را تشویق می‌کنند تا در مورد حقوق‌شان صحبت و درخواست دریافت خدمات نمایند. • مطالب آموزش سلامت و دستورالعمل‌ها برای اطمینان از ایمنی دارو.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا کارکنان از راهنماهای مربوط به بهداشت دست و کاربردشان آگاه هستند؟ • کارکنان مربوطه از تیم جراحی: آیا آنها از الزامات ایمنی بیمار قبل، در طول و بعد از عمل جراحی مطلع هستند؟ • کارکنان مرتبط: آیا توصیه‌ها و فرایندهایی برای اطمینان از ایمنی دارو وجود دارد؟
مشاهده	• علائمی که راهنماهای رعایت صحیح بهداشت دست را نشان می‌دهند. • علائم اطلاع‌رسانی در سطح بیمارستان که «۵ موقعیت» برای ایمنی دارویی[1] یا سایر دستورالعمل‌های مربوطه را نشان می‌دهند (رجوع شود به چالش‌های جهانی ایمنی بیمار مربوط به سازمان جهانی بهداشت: دارو درمانی بدون آسیب[2]) [۵ موقعیت برای ایمنی دارویی].

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان روش‌هایی را برای ارتقاء آگاهی بیماران و تشویق آنها برای صحبت در خصوص چالش‌های جهانی ایمنی بیمار مربوط به سازمان جهانی بهداشت در نظر می‌گیرد، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان بیماران را در برخورد با چالش‌های جهانی ایمنی بیمار مشارکت نمی‌دهد، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

B.2.3.1 بیمارستان بیماران را تشویق می‌نماید تا در برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری در مورد امور مرتبط با درمان خود از جمله ترخیص یا ارجاع مشارکت نمایند.

معیارهای قابل‌سنجش

- فرایند تشویق و ترغیب بیماران به مشارکت در برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری در مورد درمان خود؛
- خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای تشویق و ترغیب بیماران به مشارکت در برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری در مورد درمان خود؛
- فرایند تشویق و ترغیب بیماران به مشارکت در برنامه‌ریزی برای ترخیص یا ارجاع؛
- مستندات آموزشی کارکنان در خصوص خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی به‌منظور تشویق بیماران به مشارکت در برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری در مورد درمان خود؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی تشویق بیماران به مشارکت در برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری در مورد درمان خود؛
- فرم‌های دارای تاریخ و زمان امضا شده توسط بیماران در رابطه با مشارکت آنها در برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری در مورد درمان خود.

---

1. 5 moments for medication safety

۲. اطلاعات بیشتر از این لینک قابل دسترسی است: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2019.4

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای مشارکت بیماران در برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری در مورد درمان خود. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای تشویق بیماران به مشارکت در برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری در مورد درمان خود. • فرایند بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی مربوطه برای تشویق بیماران به مشارکت در برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری در مورد درمان خود. • بررسی نمونه‌ی تصادفی از پرونده‌های پزشکی: وجود فرم‌های مربوطه امضا شده توسط بیماران با ذکر زمان و تاریخ در خصوص جلب مشارکت آنها در فرایند برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری در مورد درمان خود. • فرایند تشویق بیماران به مشارکت در امر برنامه‌ریزی برای ترخیص یا ارجاع. • مدارک پزشکی بیمار دال‌بر مشارکت وی در برنامه‌ریزی ترخیص یا ارجاع. • اگر درمان بیمار منجر به مرگ شده باشد، شواهدی مبنی‌بر این‌که برنامه‌ریزی برای مواردی همچون آماده‌سازی بیماران و خانواده‌های آنها برای مرگ، مدیریت درد و علائم بیماری، ارتباط با گروه‌های حمایتی، مشاوره و تعیین نیازهای معنوی و فرهنگی انجام‌گرفته است.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی مبنی‌بر مشارکت بیماران در برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری در مورد درمان خود وجود دارد؟ • بیماران: آیا شما در برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری در مورد درمان خودتان مشارکت داشتید؟
مشاهده	• در این مورد کاربردی ندارد.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیماران در برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری در مورد درمان خود مشارکت داشته باشند، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیماران در برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری در مورد درمان خود مشارکت نداشته باشند، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

B.2.3.2 بیمارستان توصیه‌هایی در خصوص ایمنی بیمار از طریق رسانه‌های متعدد، از جمله مطالب آموزشی مکتوب، رسانه‌های اجتماعی و وب‌سایت با دسترسی عموم ارائه می‌دهد.

معیارهای قابل‌سنجش

- بیمارستان دارای مطالب آموزشی در خصوص توصیه‌های ایمنی بیمار است؛
- توصیه‌های ایمنی بیمار از طریق رسانه‌های متعدد از جمله مطالب آموزشی مکتوب، رسانه‌های اجتماعی و وب‌سایت‌ها ارائه می‌شود؛
- بیمار به وب‌سایت خدمات سلامت بیمارستان دسترسی دارد؛
- بیمارستان دارای شبکه‌های اجتماعی عمومی است.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• مطالب آموزش سلامت. • مطالب آموزشی ایمنی بیمار. • پرسش و پاسخ‌های متداول.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی از وجود وب‌سایت بیمارستان و این که هرچند وقت یک‌بار به‌روزرسانی می‌شود، وجود دارد؟ • بیماران: آیا می‌دانستید که می‌توانید از طریق وب‌سایت بیمارستان به اطلاعات دسترسی داشته باشید؟
مشاهده	• وب‌سایت بیمارستان، شبکه‌های اجتماعی.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان دارای وب‌سایتی با مطالب آموزشی است و بیماران به آن دسترسی دارند، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان دارای وب‌سایت یا مطالب آموزشی نباشد و / یا بیماران به آن دسترسی نداشته باشند، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

B.3	سطوح معیار	بیانیه معیار	راهنمای انطباق با شواهد
بیمارستان، شناسایی صحیح هویت بیماران و احراز آن را در تمام مراحل درمان تضمین می‌نماید.	معیار الزامی	• B.3.1.1 در فرایند شناسایی بیمار در کل بیمارستان، حداقل از دو شناسه برای شناسایی بیمار استفاده می‌گردد.	• خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای شناسایی و احراز هویت بیمار، از جمله دو شناسه که بیمار آن‌ها را می‌شناسد. • شناسه‌های بیمار شامل نام و نام‌خانوادگی بیمار و تاریخ تولد به روز، ماه و سال است.[1]
	معیار اساسی	• B.3.2.1 سیستمی برای شناسایی هویت بیماران مبتلا به آلرژی و مستندسازی آن موجود است.	• خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای شناسایی و احراز هویت بیمار، از جمله دو شناسه که بیمار آنها را می‌شناسد. • شناسه‌های بیمار شامل نام و نام‌خانوادگی بیمار و تاریخ تولد به روز، ماه و سال است.
		• B.3.2.2 حق بیماران برای حفظ حریم شخصی و محرمانگی مراقبت و اطلاعات وی مورد احترام قرار می‌گیرد.	خط‌مشی‌ها در مورد: ○ بایگانی مدارک پزشکی. ○ محدودیت دسترسی به داده‌های بیمار.
	معیار پیشرفته	• B.3.3.1 بیمارستان برای شناسایی هویت بیماران از سیستم بارکد استفاده می‌نماید.	خط‌مشی استفاده از بارکد برای شناسایی بیماران در مدیریت موارد: ○ بایگانی مدارک پزشکی. ○ محدودیت دسترسی به داده‌های بیمار. ○ تطبیق نمونه‌های آزمایشگاهی. ○ تطبیق تصویربرداری پزشکی.

B.3.1.1 در فرایند شناسایی بیمار در کل بیمارستان، حداقل از دو شناسه برای شناسایی بیمار استفاده می‌گردد.

معیارهای قابل‌سنجش

- خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی شناسایی و احراز هویت بیمار، از جمله دو شناسه که بیمار آن‌ها را می‌شناسد. شناسه‌های بیمار شامل نام و نام‌خانوادگی بیمار و تاریخ تولد به روز، ماه و سال است؛
- خط‌مشی‌های شناسایی بیمار با استفاده از دو شناسه؛ قبل از دادن دارو، قبل از انجام هرگونه پروسیجر بالینی و احراز هویت بیمار قبل از انجام هرگونه پروسیجر درمانی پرخطر؛
- فهرستی از پروسیجرهای بالینی پرخطر، از جمله انتقال خون و دادن داروهای شیمی‌درمانی؛
- خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی شناسایی و احراز هویت بیمار که روی گروه‌های پرخطر (مانند نوزادان، بیماران دچار اختلالات هوشیاری، و سالمندان) تأکید بیشتری دارند؛
- استفاده از سیستم بارکد برای شناسایی داروها و فرآورده‌های خونی بیماران؛
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی شناسایی و احراز هویت بیمار؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی شناسایی و احراز هویت بیمار.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

۱. بر اساس «راهنمای شناسایی صحیح بیماران» ابلاغی از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی طی نامه شماره ۴۰۹/۱۰۷۵۷/د مورخ ۱۳۹۴/۶/۱۲

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی شناسایی و احراز هویت بیمار. • خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی شناسایی و احراز هویت بیمار که روی گروه‌های پرخطر (مانند نوزادان، بیماران دچار اختلالات هوشیاری، و سالمندان) تأکید ویژه‌ای دارد. • فهرست پروسیجرهای بالینی پرخطر. • سیستم بارکد برای تطبیق داروها و فرآورده‌های خونی بیماران. • مستندات آموزش کارکنان در خصوص خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی شناسایی و احراز هویت بیمار. • گزارش‌هایی که میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی شناسایی و احراز هویت بیمار را بررسی می‌نماید. • نمونه‌ی تصادفی از پرونده‌های پزشکی جهت بررسی شناسه‌های بیمار.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی مبنی‌بر این‌که بیماران قبل از هر اقدام درمانی (مثلاً دادن دارو، خون یا فرآورده‌های خونی، اعمال رژیم غذایی با محدودیت معین، یا رادیوتراپی)؛ قبل از انجام پروسیجر درمانی (به‌عنوان مثال، رگ‌گیری یا همودیالیز)؛ و قبل از هرگونه پروسیجر تشخیصی (به‌عنوان مثال، خونگیری و تهیه سایر نمونه‌های آزمایشگاهی، کاتتریزاسیون قلب یا مداخلات تشخیصی رادیولوژی) احراز هویت می‌شوند، وجود دارد؟ آیا این شناسایی شامل بیمارانی که در کُما هستند و احراز هویت نیز نشده‌اند، می‌شود؟ • بیماران: کارکنان چگونه شما را شناسایی می‌کنند؟
مشاهده	• دستبندهای شناسایی بیمار یا روش‌های اجرایی دیگر. • شناسه‌های بیمار در پرونده پزشکی و هر مورد دیگری از درخواست‌های پزشکی.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که قبل از انجام هرگونه مداخلات بالینی، انتقال یا دادن دارو یا خون یا فرآورده‌های خونی، هویت کلیه بیماران و به ویژه گروه‌های پرخطر، با حداقل دو شناسه از جمله نام کامل بیمار و تاریخ تولد احراز می‌شود، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که برای شناسایی مناسب بیماران روال مشخصی در بیمارستان موجود نیست، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

B.3.2.1 سیستمی برای شناسایی هویت بیماران مبتلا به آلرژی و مستندسازی آن موجود است.

معیارهای قابل‌سنجش

- سیستمی برای شناسایی هویت بیماران مبتلا به آلرژی (به‌عنوان مثال، سیستم کدبندی رنگی) موجود است؛
- خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای شناسایی هویت بیماران مبتلا به آلرژی؛
- مستندات آموزشی کارکنان درباره خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی شناسایی هویت بیماران مبتلا به آلرژی؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی شناسایی هویت بیماران مبتلا به آلرژی.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• سیستمی برای شناسایی هویت بیماران مبتلا به آلرژی (به‌عنوان مثال، سیستم کدبندی رنگی) موجود است. • خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای شناسایی هویت بیماران مبتلا به آلرژی. • مستندات آموزش کارکنان درباره خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی شناسایی هویت بیماران مبتلا به آلرژی. • مستندات یا گزارش‌های بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی و روش‌های اجرایی شناسایی هویت بیماران مبتلا به آلرژی.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی مبنی‌بر وجود سیستمی برای شناسایی هویت بیماران مبتلا به آلرژی، برای مثال کدبندی رنگی، موجود است؟
مشاهده	• سیستمی برای شناسایی هویت بیماران مبتلا به آلرژی، برای مثال کدبندی رنگی.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که سیستمی برای شناسایی هویت بیماران مبتلا به آلرژی وجود داشته باشد، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که سیستمی برای شناسایی هویت بیماران مبتلا به آلرژی وجود نداشته باشد، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

B.3.2.2 حق بیماران برای حفظ حریم شخصی و محرمانگی مراقبت و اطلاعات وی مورد احترام قرار می‌گیرد.

معیارهای قابل‌سنجش

- خط‌مشی بیمارستان برای حصول اطمینان از حفظ حریم شخصی و محرمانه بودن سوابق بیماران؛
- ملاحظات امنیتی برای ذخیره سوابق بیماران؛
- روش‌هایی برای حصول اطمینان از محدودیت دسترسی به این اطلاعات فقط برای کارکنان مربوطه؛
- کارکنان از حق بیمار برای حفظ حریم شخصی و محرمانگی مراقبت و اطلاعات آگاه هستند و به آن احترام می‌گذارند؛
- بررسی روش‌های نقض حریم شخصی و ملاحظات رازداری بیماران در صورت وقوع.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• مستنداتی که خط‌مشی بیمارستان برای اطمینان از حفظ حریم شخصی و محرمانه بودن سوابق بیماران را نشان می‌دهد. • سیستم بارکد برای کنترل مطابقت داروها و فرآورده‌های خونی بیماران. • دستورالعمل‌های داده شده به همه کارکنان برای امنیت اطلاعات شخصی و اطلاعات پزشکی بیماران. • کارکنان از حقوق بیمار برای حفظ حریم شخصی، محرمانگی مراقبت و اطلاعات آگاه هستند و به آن احترام می‌گذارند. • بررسی فرایندهای موجود در صورت نقض ملاحظات محرمانگی اطلاعات بیمار.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا خط‌مشی روشنی وجود دارد که حریم شخصی و محرمانه بودن اطلاعات موجود در پرونده‌های بیماران را تضمین نماید؟ • کارکنان مرتبط: آیا از حقوق بیمار و چگونگی گزارش هرگونه مورد مشکوک به نقض محرمانگی اطلاعات بیمار آگاه هستید؟
مشاهده	• هرگونه اقدامی که برای محافظت از محرمانگی اطلاعات و حریم شخصی بیمار انجام می‌شود.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان دارای بیانیه‌ای شفاف در خصوص حفظ حریم شخصی و محرمانگی اطلاعات بیماران باشد و با اجرای اقدامات مقتضی، حفظ حریم شخصی و محرمانگی اطلاعات بیماران را تضمین نماید، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان هیچ‌گونه معیاری را برای تضمین حفظ حریم خصوصی و محرمانگی اطلاعات بیماران دنبال نمی‌کند، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

B.3.3.1 بیمارستان برای شناسایی هویت بیماران از سیستم بارکد استفاده می‌نماید.

معیارهای قابل‌سنجش

- سیستم بارکد دارای کد شناسایی به‌منظور شناسایی هویت بیمار.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• مستنداتی که نحوه کار سیستم بارکد دارای رقم کنترل جهت شناسایی هویت بیماران را توضیح می‌دهد.
مصاحبه‌ها	• آیا شواهدی مبنی‌بر بارکدگذاری با استفاده از ارقام کنترل برای اطمینان از شناسایی مناسب هویت بیمار وجود دارد؟
مشاهده	• دستبند شناسایی بیمار با بارکدهای دارای کد شناسایی. • بارکدهای شناسایی بیمار با ارقام کنترل که در فرم‌های مدارک پزشکی موجود است.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان از بارکد دارای رقم کنترل برای اطمینان از شناسایی مناسب هویت بیماران استفاده می‌نماید، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان از سیستم بارکد دارای رقم کنترل برای شناسایی هویت بیماران استفاده نمی‌نماید، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

B.4	سطوح معیار	بیانیه معیار	راهنمای انطباق با شواهد
بیمارستان در فعالیت‌های مختلف ایمنی بیمار، جامعه و عموم مردم را مشارکت می‌دهد.	معیار اساسی	B.4.2.1 بیمارستان پویش‌های ایمنی بیمار را به‌منظور به اشتراک گذاشتن راه‌حل‌ها و افزایش آگاهی از ایمنی بیمار در جامعه برگزار می‌نماید.	• فرایند برنامه‌ریزی پویش‌های ایمنی بیمار. • جلب مشارکت جامعه و نهادهای اجتماعی. • صورت‌جلسات و برنامه عملیاتی پویش‌های ایمنی بیمار. • صورت‌جلسه نشست‌های برگزار شده گروه‌های مدنی، سازمان‌های غیردولتی و پیشگامان جامعه.
		B.4.2.2 بیمارستان از رسانه‌ها و تبلیغات به‌منظور ارتقای ایمنی بیمار استفاده می‌نماید.	• تهیه مطالب رسانه‌ای برای ارتقای ایمنی بیمار (به‌عنوان مثال، انتشار فعالیت‌های مرتبط با ایمنی بیمار در مطبوعات). • مطالب تبلیغاتی برای ارتقای ایمنی بیمار (به‌عنوان مثال، انتشار فعالیت‌های مرتبط با ایمنی بیمار در مطبوعات).
	معیار پیشرفته	B.4.3.1 بیمارستان در طراحی و اجرای برنامه ایمنی بیمار، جامعه را مشارکت می‌دهد.	• راهبرد برای مشارکت جامعه (به‌عنوان مثال، سازمان‌های مردم‌نهاد، مدافعان حقوق بیمار و انجمن‌ها). • خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای مشارکت جامعه.
		B.4.3.2 بیماران به پرونده پزشکی خود دسترسی داشته و این فرصت را در اختیار دارند تا در صورت لزوم بتوانند از پزشک معالج خود توضیح بخواهند.	• خط‌مشی در مورد این که بیماران چگونه می‌توانند درخواست دسترسی به مدارک پزشکی خود را داشته باشند؟

B .4.2.1 بیمارستان پویش‌های ایمنی بیمار[1] را به‌منظور به اشتراک گذاشتن راه‌حل‌ها و افزایش آگاهی از ایمنی بیمار در جامعه برگزار می‌نماید.

معیارهای قابل‌سنجش

- فرایند برنامه‌ریزی پویش‌های ایمنی بیمار؛
- صورت‌جلسات و برنامه عملیاتی پویش‌های ایمنی بیمار.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• گزارش‌هایی که نشان می‌دهد پویش ایمنی بیمار چگونه برنامه‌ریزی شده است. • صورت‌جلسات و برنامه عملیاتی پویش ایمنی بیمار.
مصاحبه‌ها	• آیا شواهدی از پویش ایمنی بیمار وجود دارد؟
مشاهده	• در این مورد کاربردی ندارد.

1. Patient safety campaigns

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان پویش‌های ایمنی بیمار را به‌منظور تبادل راهکارها و ارتقاء سطح آگاهی جامعه از ایمنی بیمار برگزار می‌نماید، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان پویش‌های ایمنی بیمار را به‌منظور تبادل راهکارها و ارتقاء سطح آگاهی جامعه از ایمنی بیمار برگزار نمی‌نماید، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

B .4.2.2 بیمارستان از رسانه‌ها و تبلیغات به‌منظور ارتقای ایمنی بیمار استفاده می‌نماید.

معیارهای قابل‌سنجش

- مطالب رسانه‌ای برای ارتقای ایمنی بیمار (به‌عنوان مثال، انتشار فعالیت‌های مرتبط با ایمنی بیمار در مطبوعات)؛
- مطالب تبلیغاتی برای ارتقای ایمنی بیمار (به‌عنوان مثال، انتشار فعالیت‌های مرتبط با ایمنی بیمار در مطبوعات).

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• مطالب رسانه‌ای برای ارتقای ایمنی بیمار (به‌عنوان مثال، انتشار فعالیت‌های مرتبط با ایمنی بیمار در مطبوعات). • مطالب تبلیغاتی برای ارتقای ایمنی بیمار (به‌عنوان مثال، انتشار فعالیت‌های مرتبط با ایمنی بیمار در مطبوعات).
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی مبنی‌بر استفاده از رسانه و / یا تبلیغات برای ارتقای ایمنی بیمار (بیانیه‌های مطبوعاتی که فعالیت‌های ایمنی بیمار بیمارستان را اعلام می‌کنند)، وجود دارد؟
مشاهده	• در این مورد کاربردی ندارد.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان از رسانه و تبلیغات برای ارتقای ایمنی بیمار استفاده می‌نماید، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان از رسانه و تبلیغات برای ارتقای ایمنی بیمار استفاده نمی‌نماید، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

B.4.3.1 بیمارستان در طراحی و اجرای برنامه ایمنی بیمار، جامعه را مشارکت می‌دهد.

معیارهای قابل‌سنجش

- راهبرد برای جلب مشارکت جامعه (به‌عنوان مثال، سازمان‌های مردم‌نهاد[1] و مدافعان حقوق بیمار[2])؛
- ارائه اطلاعات کتبی و شفاهی به پیشگامان جامعه[3] در مورد نقش آنها در بهبود ایمنی بیمار؛
- خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی جلب مشارکت جامعه؛
- مستندات آموزش کارکنان درباره خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی جلب مشارکت جامعه؛
- گزارش‌هایی که شامل بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی جلب مشارکت جامعه می‌شود؛
- صورت‌جلسات کارگروه بهبود ایمنی بیمار.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• راهبرد برای جلب مشارکت جامعه (به‌عنوان مثال، سازمان‌های مردم‌نهاد، مدافعان حقوق بیمار). • خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی جلب مشارکت جامعه. • مستندات آموزش کارکنان درباره خط‌مشی و روش‌های اجرایی جلب مشارکت جامعه. • گزارش‌هایی که شامل بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی جلب مشارکت جامعه می‌شود. • صورت‌جلسه یا گزارش جلسات کارگروه بهبود ایمنی بیمار.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی از جلب مشارکت جامعه (به‌عنوان مثال، سازمان‌های مردم نهاد، مؤسسات مذهبی و مدافعان حقوق بیمار) در طراحی و اجرای برنامه ایمنی بیمار بیمارستان وجود دارد؟
مشاهده	• در این مورد کاربردی ندارد.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان جامعه را در طراحی و اجرای برنامه ایمنی بیمار خود مشارکت می‌دهد، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان جامعه را در طراحی و اجرای برنامه ایمنی بیمار خود مشارکت نمی‌دهد، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

1. Nongovernmental organizations (NGOs)
2. Patient advocates
3. Community leaders

B.4.3.2 بیماران به پرونده پزشکی خود دسترسی داشته و این فرصت را در اختیار دارند تا در صورت لزوم بتوانند از پزشک معالج خود توضیح بخواهند.

معیارهای قابل‌سنجش

- خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای دسترسی بیماران به پرونده پزشکی خود؛
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای دسترسی بیماران به پرونده پزشکی خود؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای دسترسی بیماران به پرونده پزشکی خود.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای دسترسی بیماران به پرونده پزشکی خود. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای دسترسی بیماران به پرونده پزشکی خود. • گزارش‌هایی که شامل بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای دسترسی بیماران به پرونده پزشکی خود می‌شود.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی وجود دارد که نشان دهد بیماران به پرونده پزشکی خود با فرصت بررسی و اصلاح محتویات آن، دسترسی دارند؟
مشاهده	• در این مورد کاربردی ندارد.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیماران به پرونده پزشکی خود با فرصت بررسی و اصلاح محتویات آن دسترسی دارند، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیماران به پرونده پزشکی خود با فرصت بررسی و اصلاح محتویات آن دسترسی ندارند، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

B.5	سطح معیار	بیانیه معیار	راهنما برای شواهد انطباق
بیمارستان حوادث تهدیدکننده ایمنی که برای بیمار رخ‌داده است را با وی و مراقبین او در میان می‌گذارد.	معیار اساسی	B.5.2.1 بیمارستان دارای خط‌مشی افشای حوادث به کارکنان، بیماران و مراقبین آنها است.	• خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی افشای حوادث رخ‌داده به کارکنان، بیماران و مراقبین آنها. • شواهد قبلی حوادث رخ‌داده برای بیماران و پیگیری این موارد.
		B.5.2.2 بیمارستان دارای خدمت حمایت‌طلبی بیمار به‌منظور توضیح و تشریح اطلاعات دریافتی از تیم بالینی یا اطلاع‌رسانی حوادث به بیماران و مراقبین آنها است.	• شرح شغل برای رابط / حامی بیمار یا سمت مشابه آن. • فهرست خدماتی که رابط/ حامی بیمار ارائه می‌کند. • مستندات آموزش‌های دریافتی رابط /حامی بیمار مانند مهارت‌های ارتباطی برای کمک به بیماران و مراقبین آنها در درک مشکلات خدمات سلامت.

B.5.2.1 بیمارستان دارای خط‌مشی اِفشای حوادث[1] به کارکنان، بیماران و مراقبین آنها است.

معیارهای قابل‌سنجش

- خط‌مشی و روش‌های اجرایی افشای حوادث به بیماران، مراقبین آنها و کارکنان؛
- مستندات آموزش کارکنان در خصوص خط‌مشی و روش‌های اجرایی افشای حوادث؛
- فرایند بررسی انطباق عملکرد با خط‌مشی و روش‌های اجرایی افشا و اطلاع‌رسانی در خصوص حوادث.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای افشای حوادث به بیماران، مراقبین و کارکنان. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی و روش‌های اجرایی افشای حوادث. • گزارش‌هایی که شامل بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی و روش‌های اجرایی افشای حوادث هستند.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی وجود دارد که نشان دهد سیستمی ساختارمند برای افشای حوادث به بیماران، مراقبین و کارکنان وجود دارد؟
مشاهده	• در این مورد کاربردی ندارد.

1. Disclosure of incidents

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان دارای سیستمی ساختارمند برای اِفشا و اطلاع‌رسانی در خصوص حوادث رخ داده دارد، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان دارای سیستمی برای اِفشا و اطلاع‌رسانی در خصوص حوادث رخ داده نباشد، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

B.5.2.2 بیمارستان دارای خدمت حمایت‌طلبی بیمار به‌منظور توضیح و تشریح اطلاعات دریافتی از تیم بالینی یا اطلاع‌رسانی حوادث به بیماران و مراقبین آنها است.

معیارهای قابل‌سنجش

- شرح وظایف رابط[1] / حامی[2] خدمات سلامت؛
- ابلاغ رابط / حامی خدمات سلامت؛
- رابط / حامی آموزش‌دیده خدمات سلامت، برای توضیح و تشریح حوادث به بیماران و مراقبین آنها.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• شرح وظایف رابط / حامی خدمات سلامت. • ابلاغ سازمانی رابط / حامی خدمات سلامت. • مستندات مربوط به آموزش رابط / حامی خدمات سلامت.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی وجود دارد که نشان دهد رابط / حامی خدمات سلامت برای توضیح و تشریح حوادث به بیماران و مراقبین آنها در بیمارستان ارائه خدمت می‌کند؟
مشاهده	• در این مورد کاربردی ندارد.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان فردی به‌عنوان رابط / حامی خدمات سلامت برای توضیح و تشریح حوادث به بیماران و مراقبین آنها دارد، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان فردی به‌عنوان رابط / حامی خدمات سلامت برای توضیح و تشریح حوادث به بیماران و مراقبین آنها ندارد، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

1. Health care advocate
2. Health care mediator

B.6	سطح معیار	بیانیه معیار	راهنما برای شواهد
بیمارستان بیماران را نسبت به ارائه نظر و بیان دیدگاه‌هایشان تشویق می‌کند و بر اساس دغدغه ها و شکایات آنان عمل می‌نماید.	معیار اساسی	B.6.2.1 بیمارستان نظرات و بازخورد بیماران و مراقبین آنها را با استفاده از فرایندهای فعال و غیرفعال اخذ می‌نماید.	• فرایندهای بررسی غیرفعال: ○ شکایات. ○ گزارش وقوع حوادث. • فرایند بررسی فعال: ○ مطالعات پیمایشی بررسی تجارب بیماران. ○ صندوق پیشنهادها. ○ شاخص‌های پیامدی گزارش شده توسط بیماران. • برنامه‌های عملیاتی به دنبال بازخورد بیمار. • انتقال نتایج حاصله به بیماران و کارکنان.
		B.6.2.2 فرایندی جهت دریافت نظرات و بازخورد (اعم از تقدیر یا شکایت یا بهبود) وجود دارد که شامل نحوه دریافت نظرات، بررسی و رسیدگی در یک بازه زمانی معین است و بیماران، خانواده آنها و عموم جامعه از این فرایند مطلع هستند و به آن دسترسی دارند.	• نمونه تصادفی بازخورد در مورد نحوه مدیریت شکایات و اقدامات اصلاحی صورت‌گرفته، که برای جلوگیری از تکرار شکایات رخ داده است.
	معیار پیشرفته	B.6.3.1 بیمارستان در ساختارهای حاکمیتی، تدوین خط‌مشی‌ها و اجرای پروژه‌های بهبود کیفیت و ایمنی بیمار، بیماران و مراقبین آنها را مشارکت می‌دهد.	استراتژی جلب مشارکت بیماران در ایمنی بیمار، از جمله: ○ شناسایی و پایش بیمار. ○ بهداشت دست. ○ تأیید وجود مطالب آموزشی مورد استفاده برای بیماران در خصوص فعالیت‌های ایمنی بیمار. ○ گزارش جلسات مبنی‌بر مشارکت بیماران و مراقبین آنها در تنظیم خط‌مشی‌ها و پیشنهاد پروژه‌های بهبود کیفیت و ایمنی بیمار.
		B.6.3.2 بیمارستان به بیماران اطلاعات و آموزش در زمینه‌های ایمنی بیمار، سواد سلامت و وضعیت سلامت ارائه می‌نماید.	اطلاعات و آموزش ایمنی بیمار، سواد سلامت و وضعیت سلامت.

B.6.2.1 بیمارستان، نظرات و بازخورد بیماران و مراقبین آنها را با استفاده از فرایندهای فعال[1] و غیرفعال[2] اخذ می‌نماید.

معیارهای قابل‌سنجش

- فرایند اخذ نظرات بیماران و مراقبین آنها از طریق ابزارهای مختلف، به‌عنوان مثال، پیمایش‌های رضایت‌سنجی[3]، بازدیدهای مدیریت ارشد، مصاحبه‌های گروهی متمرکز[4]، شکایات، خط تلفن ویژه ایمنی بیمار، اخذ بازخورد از کارکنان، صندوق پیشنهادات و گروه‌های متمرکز اجتماعی؛
- شکایات و گزارش‌های وقوع حوادث؛
- اقدامات پیشگیرانه، بررسی تجارب و صندوق پیشنهادات؛
- شاخص‌های پیامدی گزارش‌شده‌ی بیماران[5].

1. Proactive
2. Reactive
3. Satisfaction surveys
4. Focus groups
5. Patient reported outcome measures (PROMs)

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• پیمایش‌های رضایت‌سنجی، بازدیدهای مدیریت ارشد، مصاحبه‌های جمعی، نامه‌های شکایت، خط تلفن ویژه ایمنی بیمار، اخذ بازخورد از کارکنان، صندوق پیشنهادات و صورت‌جلسه مصاحبه‌های گروهی با جامعه.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی وجود دارد که نشان دهد بیمارستان از بیماران و مراقبین آنها بازخورد می‌گیرد؟
مشاهده	• در این مورد کاربردی ندارد.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان از بیماران و مراقبین آنها با استفاده از روش‌های اجرایی مختلف بازخورد اخذ می‌نماید، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان نظرات و بازخورد بیماران و مراقبین را اخذ نمی‌نماید، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

B .6.2.2 فرایندی جهت دریافت نظرات و بازخوردها (اعم از تقدیر یا شکایت یا بهبود) وجود دارد که شامل نحوه دریافت نظرات، بررسی و رسیدگی در یک بازه زمانی معین است و بیماران، خانواده آنها و عموم جامعه از این فرایند مطلع هستند و به آن دسترسی دارند.

معیارهای قابل‌سنجش

- بررسی نمونه‌ی تصادفی از بازخوردهای ارائه شده به بیماران به‌منظور بررسی نحوه مدیریت شکایات آنها و تغییراتی که به‌منظور اجتناب از بروز مجدد شکایات و بازخوردهای منفی صورت گرفته است.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• گزارش بازخوردهای ارائه شده به بیماران به‌منظور بررسی نحوه مدیریت شکایات آنها و تغییراتی که به‌منظور اجتناب از شکایات مجدد و بازخوردهای منفی صورت گرفته است.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی از گزارش بازخورد به بیماران در مورد نحوه مدیریت شکایات بیماران و تغییراتی که برای جلوگیری از شکایات مجدد صورت گرفته است، وجود دارد؟
مشاهده	• در این مورد کاربردی ندارد.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان به شکایات بیماران با ارسال بازخورد به آنان و توضیح درباره نحوه مدیریت هر یک از موارد شکایات و تغییرات و اقدامات اصلاحی که به‌منظور اجتناب از شکایات مجدد صورت گرفته است، پاسخ می‌دهد، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان به شکایات بیماران با ارسال بازخورد به آنان و توضیح درباره نحوه مدیریت هر یک از موارد شکایات و تغییرات و اقدامات اصلاحی که به‌منظور اجتناب از شکایات مجدد صورت گرفته است، پاسخ نمی‌دهد، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

B.6.3.1 بیمارستان در ساختارهای حاکمیتی، تدوین خط‌مشی‌ها و اجرای پروژه‌های بهبود کیفیت و ایمنی بیمار، بیماران و مراقبین آنها را مشارکت می‌دهد.

معیارهای قابل‌سنجش

- راهبرد مشارکت و توانمندسازی بیماران در زمینه ایمنی بیمار. زمینه‌های این مشارکت می‌تواند شامل: شناسایی بیمار، نظارت بر بهداشت دست و استفاده از وسایل تزریقات یک‌بارمصرف باشد؛
- وجود هرگونه مطالب آموزشی و/ یا اطلاعات نوشتاری/شفاهی ارائه شده به بیماران که به آنها امکان می‌دهد نقش فعالی داشته و در ارتقای ایمنی بیمار مشارکت نمایند؛
- خط‌مشی و روش‌های اجرایی برای توانمندسازی و جلب مشارکت بیمار؛
- مستندات آموزش کارکنان درباره خط‌مشی و روش‌های اجرایی؛
- فرایند بررسی انطباق عملکرد با خط‌مشی و روش‌های اجرایی؛
- صورت‌جلسات یا گزارش جلساتی که شامل مشارکت بیماران و مراقبین آنها در تنظیم خط‌مشی‌ها و پیشنهاد پروژه‌های بهبود کیفیت و ایمنی بیمار می‌شود.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• راهبردی برای مشارکت‌دادن بیماران یا انجمن‌های ایمنی بیمار در ایمنی بیمار. • خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی مشارکت بیمار در ایمنی بیمار. • مستندات آموزش کارکنان درباره خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی جلب مشارکت بیماران در ایمنی بیمار که شامل بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی مشارکت بیمار و صورت‌جلسه‌هایی که شامل تعامل و مشارکت با بیماران و مراقبین آنها در تنظیم و تدوین خط‌مشی‌های مرکز و پیشنهاد عناوین پروژه‌های بهبود کیفیت و ایمنی بیمار است، می‌باشد.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی مبنی‌بر مشارکت بیماران و مراقبین آنها در تنظیم و تدوین خط‌مشی‌های مرکز و پیشنهاد عناوین پروژه‌های بهبود کیفیت و ایمنی بیمار باشد، وجود دارد؟
مشاهده	• در این مورد کاربردی ندارد.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان، بیماران و مراقبین آنها را در تنظیم و تدوین خط‌مشی‌های مرکز و پیشنهاد عناوین پروژه‌های بهبود کیفیت و ایمنی بیمار مشارکت می‌دهد، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان، بیماران و مراقبین آنها را در تنظیم و تدوین خط‌مشی‌های مرکز و پیشنهاد عناوین پروژه‌های بهبود کیفیت و ایمنی بیمار مشارکت نمی‌دهد، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

B.6.3.2 بیمارستان به بیماران اطلاعات و آموزش در زمینه‌های ایمنی بیمار، سواد سلامت و وضعیت سلامت ارائه می‌نماید.

معیارهای قابل‌سنجش

- بیمارستان اطلاعاتی در اختیار بیماران قرار می‌دهد و به آنان در مورد ایمنی بیمار و سواد سلامت، از جمله حفظ و ارتقای سلامتی خود، آموزش داده و اطلاعاتی را در خصوص ایمنی بیمار در اختیار آنها قرار می‌دهد؛
- حفظ و ارتقای سلامت بیمار می‌تواند شامل مواردی همچون برنامه‌های ترک سیگار، مشاوره مدیریت استرس، راهنمایی‌های مربوط به رژیم غذایی و ورزش و مدیریت درمان سوءمصرف مواد مخدر باشد.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• اطلاعات در مورد ایمنی بیمار و سواد سلامت، از جمله چگونگی حفظ و ارتقای سلامت آنها. • مطالبی در مورد برنامه‌های ترک سیگار، مشاوره مدیریت استرس، راهنمایی در مورد رژیم غذایی و ورزش و مدیریت سوءمصرف مواد مخدر. • مدارک پزشکی بیمار.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی مبنی‌بر ارائه اطلاعات به بیماران در خصوص ایمنی بیمار، سواد سلامت و ارتقای سطح سلامت بیمار وجود دارد؟ • بیماران: آیا بیمارستان در خصوص ایمنی بیمار، سواد سلامت و ارتقای سطح سلامت بیمار به شما اطلاعاتی ارائه داده است؟

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان اطلاعاتی در خصوص ایمنی بیمار، سواد سلامت و ارتقای سطح سلامت به بیمار ارائه می‌دهد، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان اطلاعاتی در خصوص ایمنی بیمار، سواد سلامت و ارتقای سطح سلامت به بیمار ارائه نمی‌دهد، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

B.7	سطح معیار	بیانیه معیار	راهنما برای شواهد انطباق
بیمارستان دارای محیط دوستدار ایمنی بیمار است.	معیار اساسی	B.7.2.1 بیمارستان محیطی خصوصی، محرمانه و سازگار با جنسیت (طرح انطباق) برای بیماران فراهم می‌آورد.	بررسی محیط بیانگر شواهدی دال‌بر: ○ وجود فضای خصوصی برای معاینه. ○ فضای انتظار منطبق با طرح انطباق. ○ اطلاعات پزشکی امن.
		B.7.2.2 بیمارستان فضایی برای برقراری تعاملات اجتماعی، از جمله سرگرمی و تفریح برای بیماران فراهم می‌نماید.	بررسی محیط بیانگر شواهدی دال‌بر: ○ وجود سرگرمی برای بیماران، به‌عنوان مثال، موسیقی، تلویزیون، فیلم، کتابخانه. ○ فضایی برای ملاقات با اقوام و بستگان.
		B.7.2.3 بیمارستان دارای نمازخانه بوده و نیازهای معنوی و مذهبی بیماران را برآورده می‌نماید.	بررسی محیط بیانگر شواهدی دال‌بر: وجود فضای خصوصی برای عبادت و رفع نیازهای معنوی بیماران باشد.

B .7.2.1 بیمارستان محیطی خصوصی، محرمانه و سازگار با جنسیت[1] (طرح انطباق) برای بیماران فراهم می‌آورد.

معیارهای قابل‌سنجش

- برای معاینه بیماران حریم خصوصی وجود دارد و اطلاعات بیماران محرمانه تلقی می‌شود؛
- فضای انتظار مطابق با طرح انطباق وجود دارد.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• مطالب آموزشی برای کارکنان در خصوص اجرای خط‌مشی‌های حفظ حریم خصوصی، محرمانگی و اجرای طرح انطباق.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی مبنی‌بر این که کارکنان بیمارستان برای حمایت از اجرای این خط‌مشی آموزش کافی دیده‌اند، وجود دارد؟
مشاهده	• طرح انطباق برای معاینه و فضای انتظار بیمار اجرایی شده است.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان حریم خصوصی برای معاینه و انتظار بیماران و محیطی سازگار با جنسیت فراهم نموده و کارکنان برای اجرای این اقدامات آموزش لازم را دیده‌اند، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان حریم خصوصی برای معاینه و انتظار بیمار و محیطی سازگار با جنسیت فراهم ننموده و کارکنان برای اجرای این اقدامات آموزش لازم را ندیده‌اند، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

1. Gender-friendly environment

B.7.2.2 بیمارستان فضایی برای برقراری تعاملات اجتماعی، از جمله سرگرمی و تفریح برای بیماران فراهم می‌نماید.

معیارهای قابل‌سنجش

- وجود سرگرمی برای بیماران، مانند پخش موسیقی، تلویزیون، فیلم، کتابخانه.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• گزارش در خصوص فراهم نمودن امکانات سرگرمی برای بیماران.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی در خصوص فراهم نمودن امکانات سرگرمی برای بیماران وجود دارد؟
مشاهده	• وجود سرگرمی برای بیماران مانند پخش موسیقی، تلویزیون، فیلم، کتابخانه.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان دارای امکانات سرگرمی برای بیماران باشد، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان دارای امکانات سرگرمی برای بیماران نباشد، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

B.7.2.3 بیمارستان دارای نمازخانه بوده و نیازهای معنوی و مذهبی بیماران را برآورده می‌نماید.

معیارهای قابل‌سنجش

- بیمارستان دارای مکانی به‌عنوان نمازخانه بوده و نیازهای معنوی و مذهبی بیماران را برآورده می‌نماید.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• گزارش نیازهای معنوی و مذهبی بیماران. • گزارش رضایت بیماران.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی وجود دارد که نیازهای معنوی و مذهبی بیماران برآورده می‌شود؟
مشاهده	• وجود محلی برای برآورده‌کردن نیازهای معنوی و دینی بیماران.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان دارای نمازخانه بوده و نیازهای معنوی و مذهبی بیماران را برآورده می‌نماید، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان دارای نمازخانه نبوده و نیازهای معنوی و مذهبی بیماران را برآورده نمی‌نماید، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

حیطه C: استانداردهای خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد

حیطه	بیانیه استاندارد	تعداد معیار		
		الزامی	اساسی	پیشرفته
C. استانداردهای خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد	C.1 بیمارستان دارای سیستم حاکمیت بالینی اثربخشی است که ایمنی بیمار را تضمین می‌نماید.	۶	۸	۰
	C.2 بیمارستان، سیستمی برای کاهش خطر ابتلا به عفونت‌های بیمارستانی دارد.	۳	۸	۱
	C.3 بیمارستان، ایمنی خون و فرآورده‌های خونی را تضمین می‌نماید.	۲	۲	۰
	C.4 سیستم دارویی بیمارستان، ایمن است.	۳	۶	۱
	کل	۱۴	۲۴	۲

C.1	سطح معیار	بیانیه معیار	راهنما برای شواهد انطباق
بیمارستان دارای سیستم حاکمیت بالینی اثربخشی است که ایمنی بیمار را تضمین می‌نماید.	معیار الزامی	C.1.1.1 مدیریت ارشد بیمارستان کانال‌های ارتباطی مؤثر در سراسر بیمارستان، از جمله برای اعلام اضطراری نتایج بحرانی آزمایش‌ها برقرار کرده است.	• راهبرد برقراری ارتباطات. • فرایند اعلام اضطراری نتایج بحرانی آزمایش‌ها. • استفاده از فناوری اطلاعات.
		C.1.1.2 بیمارستان چک‌لیست جراحی ایمن را اجرا و از راهنماهای جراحی ایمن، از جمله چک‌لیست سازمان جهانی بهداشت در زمینه جراحی ایمن تبعیت می‌نماید.	• فرایندی برای اطمینان از صحیح بودن بیمار، موضع و روش جراحی. • چک‌لیست جراحی ایمن مورد استفاده در اتاق عمل برای تمامی اعمال جراحی.
		C.1.1.3 در بیمارستان روال‌هایی مشخص برای اطمینان از شناسایی به‌موقع وخامت حال بالینی بیمار و پاسخ مقتضی به آن وجود دارد.	• خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی شناسایی و پاسخ به موارد وخامت شرایط بالینی بیمار.
		C.1.1.4 بیمارستان اعلام نتایج تست‌های پاراکلینیکی و دستورات پزشک از طریق شفاهی و تلفنی را به حداقل رسانده و در مواردی که برقراری ارتباطات به طریق کلامی ضروری است، از فن «بازخوانی مجدد مطالب» به‌منظور اطمینان از صحت شنیده‌ها استفاده می‌نماید.	خط‌مشی و روش‌های اجرایی استفاده از دستورات تلفنی شفاهی، از جمله: ○ محدودکردن استفاده از دستورات تلفنی شفاهی. ○ استفاده از «بازخوانی».
		C.1.1.5 بیمارستان به‌منظور تحویل کامل و ایمن بیماران بین تیم‌های درمانی و در زمان تعویض شیفت‌ها روال مشخصی دارد.	• خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای تحویل بیماران شامل: ○ تمامی تخصص‌ها. ○ تغییر شیفت‌ها. ○ راهبرد (SBAR) (وضعیت، پیشینه، ارزیابی و توصیه).
		C.1.1.6 بیمارستان راهنماهای زایمان ایمن و مسیر یکپارچه مراقبت را اجرا می‌نماید.	• راهنمای مبتنی‌بر شواهد زایمان ایمن/ مسیر یکپارچه مراقبت. • ارائه اطلاعات به بیماران در مورد زایمان ایمن.
	معیار اساسی	C.1.2.1 بیمارستان فرایندی مشخص و تعریف شده برای تهیه و تنظیم راهنماهای بالینی دارد و یک "کمیته داخلی راهنماهای بالینی" دارد که در فواصل زمانی منظم جهت انتخاب و تضمین اجرای راهنماها، پروتکل‌ها و چک‌لیست‌های مرتبط با ایمنی تشکیل جلسه می‌دهد.	• ایجاد کمیته راهنماهای بالینی چند تخصصی و تدوین شرح وظایف آن. • اولویت‌بندی راهنماهای بالینی، چک‌لیست‌ها و خط‌مشی‌هایی که باید تدوین شوند. • راهنماهای خدمات بالینی بر اساس پنج تشخیص شایع و پنج بیماری پرخطر شایع، از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت (در صورتی‌که موجود می‌باشد).
		C.1.2.2 بیمارستان دارای روال‌های مطمئن، برای اعلام نتایج معوقه تست‌های پاراکلینیکی به بیماران و مراقبین آنها بعد از ترخیص است.	• خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای اطمینان از ارسال ایمن نتایج معوقه آزمایش‌ها به بیماران و ارائه‌دهندگان خدمات پس از ترخیص. • استفاده از فناوری اطلاعات و رسانه‌های اجتماعی.
		C.1.2.3 بیمارستان اجرای پروسیجرهای تشخیصی تهاجمی را به روش ایمن و مطابق با راهنماهای استاندارد تضمین می‌نماید.	دستورالعمل‌هایی برای پنج پروسیجر اول تشخیصی تهاجمی.
		C.1.2.4 بیمارستان به‌منظور کاهش ترومبوآمبولی وریدی (ترومبوز وریدی عمقی و آمبولی ریوی) راهنماهای بالینی را اجرا می‌نماید.	• فرایند شناسایی بیماران در معرض خطر ترومبوز وریدی عمقی و آمبولی ریوی و ارائه درمان ترومبوپروفیلاکسی مناسب. • اطلاعات ارائه شده توسط کارکنان به بیماران در مورد خطرات ترومبوز وریدی عمقی و نحوه جلوگیری از آن. • راهنماهایی برای کاهش ترومبوز وریدهای عمقی و آمبولی ریه.
		C.1.2.5 بیمارستان به‌منظور شناسایی بیماران آسیب‌پذیر آنان را غربالگری کرده و در راستای کاهش خطر مداخله می‌نماید.	• دسترس بودن خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای ارزیابی اولیه و مداوم بیماران به‌منظور شناسایی و مدیریت بیماران در معرض خطر: ○ زخم‌های فشاری. ○ خودکشی. ○ عفونت. ○ نیازهای تغذیه‌ای.
		C.1.2.6 بیمارستان فهرست اختصارات پزشکی، علائم و دوزهای تأیید شده را برای استفاده در بیمارستان تهیه کرده است.	فهرست اختصارات تأیید شده.
		C.1.2.7 فرایندی برای ادغام و هماهنگی خدمات ارائه شده به بیمار در داخل و بین بخش‌ها و با خدمات مربوطه خارج از بیمارستان وجود دارد.	فرایندی برای اطمینان از خدمات بیمار – محور.
		C.1.2.8 بیمارستان، بیماران را به‌منظور شناسایی افراد آسیب‌پذیر در برابر سقوط غربالگری نموده و در راستای کاهش خطر مداخله می‌نماید.	خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای: ○ شناسایی بیماران در معرض خطر با استفاده از ابزار ارزیابی مبتنی‌بر شواهد (ابزار مورس؛ مقیاس سقوط هامپی – دامپی). ○ ارزیابی اولیه و مداوم بیماران در معرض خطر سقوط. ○ کاهش خطر سقوط. ○ مدیریت آن در صورت بالابودن احتمال خطر.

C.1.1.1 مدیریت ارشد بیمارستان کانال‌های ارتباطی مؤثر در سراسر بیمارستان، از جمله برای اعلام اضطراری نتایج بحرانی آزمایش‌ها برقرار کرده است.

معیارهای قابل‌سنجش

- فهرست نتایج بحرانی آزمایش‌ها که توسط یک کمیته چند تخصصی تهیه شده است؛
- خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای کانال‌های ارتباطی به‌منظور اعلام اضطراری نتایج بحرانی آزمایش‌ها؛
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی مرتبط با کانال‌های ارتباطی اعلام اضطراری نتایج بحرانی آزمایش‌ها؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی موجود برای کانال‌های ارتباطی اعلام اضطراری نتایج بحرانی آزمایش‌ها.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• فهرستی از نتایج بحرانی آزمایش‌های تشخیصی اضطراری که توسط یک کمیته چند تخصصی تهیه شده است. • خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی در خصوص کانال‌های ارتباطی برای اعلام اضطراری نتایج بحرانی آزمایش‌ها. • مستندات آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی موجود برای کانال‌های ارتباطی اعلام نتایج بحرانی آزمایش‌ها. • بررسی نمونه‌ی تصادفی از گزارش‌هایی که میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی مرتبط با کانال‌های ارتباطی اعلام اضطراری نتایج بحرانی آزمایش‌ها را بررسی کرده‌اند.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی وجود دارد که نشان دهد بیمارستان کانال‌های ارتباطی شفاف و مشخصی برای اعلام اضطراری نتایج بحرانی آزمایش‌ها دارد؟
مشاهده	• فهرستی از نتایج بحرانی آزمایش‌ها که توسط یک کمیته چند تخصصی تهیه شده است.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان، کانال‌های ارتباطی شفاف و مشخصی برای اعلام اضطراری نتایج بحرانی آزمایش‌ها پیش‌بینی کرده است، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان، کانال‌های ارتباطی شفاف و مشخصی برای اعلام اضطراری نتایج بحرانی آزمایش‌ها پیش‌بینی نکرده است، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

C.1.1.2 بیمارستان چک‌لیست جراحی ایمن[1] را اجرا و از راهنماهای جراحی ایمن، از جمله چک‌لیست سازمان جهانی بهداشت در زمینه جراحی ایمن تبعیت می‌نماید.

معیارهای قابل‌سنجش

- فرایندی برای اطمینان از صحیح بودن بیمار، محل جراحی و روش جراحی؛
- چک‌لیست ایمنی جراحی مورد استفاده برای تمامی اعمال جراحی در اتاق عمل؛
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه راهنماهای جراحی ایمن؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از راهنماهای مرتبط جراحی ایمن.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• چک‌لیست جراحی ایمن مورد استفاده برای تمامی اعمال جراحی در اتاق عمل. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه راهنماهای جراحی ایمن. • گزارش‌های بررسی میزان تبعیت از راهنماهای جراحی ایمن.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی دال‌بر کاربرد چک‌لیست جراحی ایمن و تبعیت از راهنماهای مرتبط جراحی ایمن، از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت وجود دارد؟
مشاهده	• شواهد دال‌بر استفاده از چک‌لیست جراحی ایمن در اتاق عمل.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان چک‌لیست و راهنماهای جراحی ایمن، از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت برای جراحی ایمن را اجرا می‌نماید، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان چک‌لیست و راهنماهای جراحی ایمن را اجرا نمی‌نماید، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

1. Surgical safety checklist

C.1.1.3 در بیمارستان روال‌هایی مشخص برای اطمینان از شناسایی به‌موقع وخامت حال بالینی بیمار و پاسخ مقتضی به آن وجود دارد.

معیارهای قابل‌سنجش

- فرایند ایجاد، پیاده‌سازی و حفظ سیستمی در سطح بیمارستان برای شناسایی موارد وخامت حال بالینی بیمار و پاسخ مقتضی به آن؛
- فرایند سنجش و مستندسازی مشاهدات از طریق چارت‌های ارزیابی وضعیت بالینی بیمار، از جمله تعداد تنفس، سطح اشباع اکسیژن، فشار خون، ضربان قلب، دما، سطح هوشیاری و غیره؛
- فرایند تشکیل تیم‌های واکنش سریع و انجام تمرینات منظم؛
- ممیزی و نظارت منظم بر فرایندها توسط کمیته فوریت‌های پزشکی؛
- آموزش کارکنان در زمینه شناسایی و اطلاع‌رسانی موارد مرتبط به وخامت حال بالینی بیمار؛
- خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای شناسایی موارد وخامت حال بالینی بیمار و پاسخ به آن؛
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی شناسایی موارد وخامت حال بالینی بیمار و پاسخ به آن؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی شناسایی موارد وخامت حال بالینی بیمار و پاسخ به آن.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای شناسایی موارد وخامت حال بالینی بیمار و پاسخ به آن. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی شناسایی موارد وخامت حال بالینی بیمار و پاسخ به آن. • گزارش‌هایی مبنی‌بر بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی شناسایی موارد وخامت حال بالینی بیمار و پاسخ به آن.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی مبنی‌بر وجود روال‌هایی برای اطمینان از شناسایی سریع و پاسخ به موارد وخامت حال بالینی بیمار در کل بیمارستان وجود دارد؟
مشاهده	• بررسی و مستندسازی مشاهدات از طریق بررسی چارت‌های مورد استفاده برای ارزیابی وضعیت بیمار، از جمله تعداد تنفس، اشباع اکسیژن، فشار خون، ضربان قلب، دما، سطح هوشیاری و غیره.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان دارای روال مشخصی برای اطمینان از شناسایی و پاسخ به موارد مرتبط به وخامت حال بالینی بیمار در کل بیمارستان باشد، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان، روال مشخصی برای اطمینان از شناسایی و پاسخ به موارد مرتبط به وخامت حال بالینی بیمار در کل بیمارستان نداشته نباشد، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

C.1.1.4 بیمارستان اعلام نتایج تست‌های پاراکلینیکی و دستورات پزشک از طریق شفاهی و تلفنی را به حداقل رسانده و در مواردی که برقراری ارتباطات به طریق کلامی ضروری است، از فن «بازخوانی مجدد مطالب[1]» به‌منظور اطمینان از صحت شنیده‌ها استفاده می‌نماید.

معیارهای قابل‌سنجش

- خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای برقراری ارتباطات مؤثر، از جمله «بازخوانی مجدد مطالب» که به‌موجب آن دستور شفاهی یا تلفنی به‌طور کامل توسط گیرنده پیام نوشته می‌شود و سپس وی دستور را بازخوانی می‌کند تا شخصی که دستور را داده، آن را تأیید نماید؛
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برقراری ارتباطات مؤثر؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برقراری ارتباطات مؤثر.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برقراری ارتباطات مؤثر. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای برقراری ارتباطات مؤثر. • گزارش‌هایی که شامل بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای برقراری ارتباطات مؤثر هستند.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی وجود دارد که بیمارستان استفاده از دستورات شفاهی و تلفنی برای ارسال نتایج را به حداقل رسانده و در مواردی که برقراری ارتباط به‌صورت کلامی ضروری است، از «بازخوانی مجدد» استفاده می‌نماید؟
مشاهده	• در این مورد کاربردی ندارد.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان استفاده از دستورات شفاهی و تلفنی برای ارسال نتایج را به حداقل رسانده و در مواردی که استفاده از ارتباط کلامی ضروری است، به‌منظور اطمینان از صحت شنیده‌ها از "بازخوانی مجدد مطالب" استفاده می‌نماید، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان استفاده از دستورات شفاهی و تلفنی برای ارسال نتایج را به حداقل نرسانده و / یا در مواردی که برقراری ارتباط کلامی ضروری است از فن "بازخوانی مجدد مطالب" به‌منظور اطمینان از صحت شنیده‌ها استفاده نمی‌نماید، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

1. Read back

C.1.1.5 بیمارستان به‌منظور تحویل[1] کامل و ایمن بیماران بین تیم‌های درمانی و در زمان تعویض شیفت‌ها روال مشخصی دارد.

معیارهای قابل‌سنجش

- خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای تحویل بیماران؛
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی تحویل بیماران؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی تحویل بیماران.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی تحویل بیماران. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی تحویل بیماران. • گزارش‌هایی که شامل بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی تحویل بیماران هستند.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی مبنی‌بر وجود روال مشخصی برای تحویل ایمن و کامل بیماران (مثلاً SBAR) بین تیم‌های بالینی (از جمله پرسنل شیفت) در بیمارستان وجود دارد؟
مشاهده	• فرایند تحویل بیماران.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان، روال مشخصی برای تحویل ایمن و کامل بیماران بین تیم‌های بالینی داشته باشد، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان، روال مشخصی برای تحویل ایمن و کامل بیماران بین تیم‌های بالینی نداشته باشد، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

C.1.1.6 بیمارستان، راهنماهای زایمان ایمن و مسیر یکپارچه مراقبت را اجرا می‌نماید.

معیارهای قابل‌سنجش

- ارائه اطلاعات مربوط به زایمان ایمن به بیماران توسط کارکنان؛
- چک‌لیست زایمان ایمن؛
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه راهنماهای زایمان ایمن؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از چک‌لیست زایمان ایمن.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

1. Handover

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• چک‌لیست زایمان ایمن سازمان جهانی بهداشت. • راهنماهای زایمان ایمن. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه راهنماهای زایمان ایمن. • گزارش‌هایی که شامل بررسی میزان تبعیت از راهنماهای زایمان ایمن است.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی وجود دارد که بیمارستان راهنماهای زایمان ایمن – به‌عنوان مثال چک‌لیست زایمان ایمن سازمان جهانی بهداشت – را اجرا می‌نماید؟
مشاهده	• اطلاعاتی که در مورد زایمان ایمن به بیماران داده می‌شود.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان راهنماهای زایمان ایمن را اجرا می‌نماید، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان راهنماهای زایمان ایمن را اجرا نمی‌نماید، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

C.1.2.1 بیمارستان، فرایندی مشخص و تعریف شده برای تهیه و تنظیم راهنماهای بالینی دارد و یک «کمیته داخلی راهنماهای بالینی» دارد که در فواصل زمانی منظم جهت انتخاب و تضمین اجرای راهنماها، پروتکل‌ها و چک‌لیست‌های مرتبط به ایمنی تشکیل جلسه می‌دهد.

معیارهای قابل‌سنجش

- تشکیل کمیته چند تخصصی راهنماهای بالینی به‌منظور تدوین راهنماهای بالینی داخلی.
- راهنماهای خدمات بالینی بر اساس پنج تشخیص شایع و پنج بیماری پرخطر شایع، از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت در صورت موجود بودن.
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه راهنماهای خدمات بالینی.
- فرایند بررسی میزان تبعیت از راهنماهای خدمات بالینی.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید.
- با انجام مصاحبه صحت اطلاعات را احراز نمایید.
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• شرح وظایف کمیته چند تخصصی راهنماهای بالینی جهت تهیه راهنماهای بالینی داخلی. • راهنماهای خدمات بالینی برای پنج تشخیص شایع و پنج بیماری پرخطر شایع، از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت در صورت موجود بودن. • سوابق آموزش کارکنان در حیطه راهنماهای خدمات بالینی مرتبط منتخب. • گزارش‌هایی که شامل بررسی میزان تبعیت از راهنماهای خدمات بالینی منتخب می‌شود.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی مبنی‌بر تبعیت بیمارستان از راهنماهای خدمات بالینی در زمان مقتضی، از جمله راهنماهای بالینی سازمان جهانی بهداشت وجود دارد؟
مشاهده	• مسیرهای یکپارچه مراقبت و یادآورها.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان از راهنماهای خدمات بالینی در موارد مقتضی تبعیت می‌نماید، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان از راهنماهای خدمات بالینی در موارد مقتضی تبعیت نمی‌نماید، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

C.1.2.2 بیمارستان دارای روال‌های مطمئن، برای اعلام نتایج معوقه تست‌های پاراکلینیکی به بیماران و مراقبین آنها بعد از ترخیص است.

معیارهای قابل‌سنجش

- خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی مطمئن برای اعلام نتایج معوقه تست‌های پاراکلینیکی به بیماران و مراقبین بعد از ترخیص؛
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی مربوطه؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی مربوطه.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی مطمئن برای اعلام نتایج معوقه تست‌های پاراکلینیکی به بیماران و مراقبین بعد از ترخیص. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی اعلام نتایج معوقه تست‌های پاراکلینیکی به بیماران و مراقبین بعد از ترخیص. • گزارش‌هایی مبنی‌بر میزان تبعیت از خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی موجود جهت اعلام نتایج معوقه تست‌های پاراکلینیکی به بیماران و مراقبین بعد از ترخیص.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی مبنی‌بر وجود روالی برای اعلام نتایج به‌تعویق‌افتاده تست‌های پاراکلینیکی به بیماران و مراقبین بعد از ترخیص وجود دارد؟
مشاهده	• در این مورد کاربردی ندارد.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان دارای روال‌های مطمئن برای اعلام نتایج معوقه تست‌های پاراکلینیکی به بیماران و مراقبین بعد از ترخیص می‌باشد، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان فاقد روال‌های مطمئن برای اعلام نتایج معوقه تست‌های پاراکلینیکی به بیماران و مراقبین بعد از ترخیص می‌باشد، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

C.1.2.3 بیمارستان اجرای پروسیجرهای تشخیصی تهاجمی را به روش ایمن و مطابق با راهنماهای استاندارد تضمین می‌نماید.

معیارهای قابل‌سنجش

- راهنماهای استاندارد برای پنج پروسیجر شایع تشخیصی تهاجمی؛
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه راهنماهای پروسیجرهای تشخیصی تهاجمی؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از راهنماهای پروسیجرهای تشخیصی تهاجمی.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• راهنماهای استاندارد پنج پروسیجر شایع تشخیصی تهاجمی. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه راهنماهای پنج پروسیجر شایع تشخیصی تهاجمی. • گزارش‌هایی که شامل بررسی میزان تبعیت از راهنماهای استاندارد پنج پروسیجر شایع تشخیصی تهاجمی باشد.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی وجود دارد تا اطمینان حاصل شود که بیمارستان پروسیجرهای تشخیصی تهاجمی را به‌طور ایمن و مطابق با راهنماهای استاندارد انجام می‌دهد؟
مشاهده	• راهنماهای استاندارد پروسیجرهای تشخیصی تهاجمی.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان اجرای پروسیجرهای تشخیصی تهاجمی را به‌طور ایمن و مطابق با راهنماهای استاندارد تضمین می‌نماید، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان اجرای پروسیجرهای تشخیصی تهاجمی را به‌طور ایمن و مطابق با راهنماهای استاندارد تضمین نمی‌نماید، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

C.1.2.4 بیمارستان به‌منظور کاهش ترومبوآمبولی وریدی (ترومبوز ورید عمقی و آمبولی ریوی) راهنماهای بالینی را اجرا می‌نماید.

معیارهای قابل‌سنجش

- وجود فرایند شناسایی بیماران در معرض خطر ترومبوآمبولی وریدی (ترومبوز ورید عمقی و آمبولی ریوی) و استفاده از روش مناسب پیشگیری از ترومبوز؛
- ارائه اطلاعات توسط کارکنان به بیماران در مورد خطرات ترومبوآمبولی وریدی و روش‌های اجرایی پیشگیری از آن؛
- راهنماهایی برای کاهش ترومبوآمبولی وریدی (ترومبوز ورید عمقی و آمبولی ریوی)؛
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه راهنماهای کاهش ترومبوآمبولی وریدی (ترومبوز ورید عمقی و آمبولی ریوی)؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از راهنماهای کاهش ترومبوآمبولی وریدی (ترومبوز ورید عمقی و آمبولی ریوی).

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• راهنماهای کاهش ترومبوآمبولی وریدی (ترومبوز ورید عمقی و آمبولی ریوی). • سوابق آموزش کارکنان در زمینه راهنماهای کاهش ورید ترومبوآمبولی (ترومبوز ورید عمقی و ریوی آمبولی). • فرایند بررسی میزان تبعیت از راهنماهای کاهش ترومبوآمبولی وریدی (ترومبوز ورید عمقی و آمبولی ریوی).
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی وجود دارد که بیمارستان، راهنماهای کاهش ترومبوآمبولی وریدی (ترومبوز ورید عمقی و آمبولی ریوی) را اجرا کرده است؟
مشاهده	• وجود سازوکارهایی برای شناسایی بیماران در معرض خطر ترومبوآمبولی وریدی (ترومبوز ورید عمقی و آمبولی ریوی) و ارائه درمان ترومبوپروفیلاکسی. • ارائه اطلاعات به بیماران در مورد خطرات وریدی ترومبوآمبولی و چگونگی پیشگیری از آن.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان راهنماهای کاهش ترومبوآمبولی وریدی را اجرا می‌نماید، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان راهنماهای کاهش ترومبوآمبولی وریدی را اجرا نمی‌نماید، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

C.1.2.5 بیمارستان به‌منظور شناسایی بیماران آسیب‌پذیر آنان را غربالگری کرده و در راستای کاهش خطر مداخله می‌نماید.

معیارهای قابل‌سنجش

- وجود فرایندی که دربرگیرنده خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی ارزیابی اولیه و مداوم برای شناسایی و مدیریت بیماران در معرض خطر زخم بستر، خودکشی، عفونت و سوءتغذیه است.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی ارزیابی اولیه و مداوم برای شناسایی و مدیریت بیماران در معرض خطر: زخم بستر، خودکشی، عفونت و سوءتغذیه. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی شناسایی و مدیریت بیماران در معرض خطر: زخم بستر، خودکشی، عفونت و سوءتغذیه. • گزارش‌هایی که شامل بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی ارزیابی اولیه و مداوم برای شناسایی و مدیریت بیماران در معرض خطر زخم بستر، خودکشی، عفونت و سوءتغذیه می‌باشند. • بررسی نمونه‌ی تصادفی طبقه‌بندی شده از پرونده‌های پزشکی به‌منظور بررسی ارزیابی اولیه و مداوم بیماران و میزان تبعیت از روش‌های اجرایی کاهش خطر ابتلاء به زخم بستر، خودکشی، عفونت و سوءتغذیه.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی مبنی‌بر غربالگری بیماران جهت شناسایی موارد در معرض آسیب (به‌عنوان مثال، زخم بستر، خودکشی، سوءتغذیه و عفونت) و کاهش آن وجود دارد؟
مشاهده	• تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی مربوط به موارد: زخم بستر، خودکشی، عفونت و سوءتغذیه.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان، بیماران را جهت شناسایی موارد در معرض آسیب غربالگری و در راستای کاهش خطر آسیب، اقدام می‌نماید، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان بیماران را جهت شناسایی افراد در معرض آسیب غربالگری نمی‌نماید و در راستای کاهش خطر آسیب اقدام نمی‌نماید، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

C.1.2.6 بیمارستان فهرست اختصارات پزشکی، علائم و دوزهای تأیید شده را برای استفاده در بیمارستان تهیه کرده است.

معیارهای قابل‌سنجش

- فهرست اختصارات تأیید شده اصطلاحات پزشکی؛
- فهرست اختصارات، نمادها و علائم تعیین دوز خطرناک که استفاده از آنها در بیمارستان‌ها ممنوع است؛
- فهرست‌هایی که در تمام مدارک پزشکی اعم از دستی یا الکترونیک به کار می‌رود؛
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه کاربرد فهرست‌های فوق؛
- فرایند شناسایی اصطلاحات پزشکی تأیید نشده واژه‌های پزشکی و تعیین علائم اختصاری و دوزهای دارویی که استفاده از آنها در بیمارستان‌ها ممنوع است.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• فهرست اختصارات تأیید شده اصطلاحات پزشکی. • فهرست اختصارات، نمادها و دوز خطرناک که استفاده از آنها در بیمارستان‌ها ممنوع است. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه استفاده از فهرست‌ها. • گزارش‌هایی که شامل شناسایی اختصارات اصطلاحات پزشکی تأیید نشده و/ یا استفاده از اختصارات، نمادها و دوزهای خطرناکی که استفاده از آنها در بیمارستان ممنوع است.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی مبنی‌بر تهیه فهرستی از اختصارات تأیید شده اصطلاحات پزشکی و فهرستی از اختصارات، نمادها و دوزهای خطرناک که استفاده از آنها در بیمارستان ممنوع است، وجود دارد؟
مشاهده	• فهرست اختصارات تأیید شده اصطلاحات پزشکی. • فهرست اختصارات، نمادها و دوزهای خطرناک که استفاده از آنها در بیمارستان‌ها ممنوع است.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان فهرستی از اختصارات تأیید شده اصطلاحات پزشکی را تهیه و نگهداری می‌نماید، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان فهرستی از اختصارات تأیید شده اصطلاحات پزشکی را نگهداری نمی‌نماید، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

C.1.2.7 فرایندی برای ادغام و هماهنگی خدمات ارائه شده به بیمار در داخل و بین بخش‌ها و با خدمات مربوطه خارج از بیمارستان وجود دارد.

معیارهای قابل‌سنجش

- مستنداتی که نشان‌دهنده وجود راهنماها و دستورالعمل‌ها برای خدمات سلامت در زمینه هماهنگی خدمات باشد و بررسی این نکته که آیا این مستندات مشارکت بیماران را هم مدنظر قرار می‌دهند یا خیر؛
- خط‌مشی‌هایی که خدمات سلامت بیمار – محور و مشارکت جامعه را تضمین می‌کنند؛
- وجود پروتکل‌ها و کمیته‌های مشترک برای برنامه‌ریزی مشترک مراقبت از هر بیمار.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• مستنداتی که نشان دهد راهنماها و دستورالعمل‌ها برای ارائه خدمات سلامت دنبال می‌شوند و بررسی این نکته که آیا این مستندات مشارکت بیماران را هم مدنظر قرار می‌دهد یا خیر. • خط‌مشی‌هایی که ارائه خدمات سلامت بیمار – محور و مشارکت جامعه را تضمین می‌کنند. • وجود پروتکل‌ها و کمیته‌های مشترک برای برنامه‌ریزی مشترک مراقبت از هر بیمار.
مصاحبه‌ها	• آیا ملاحظات و دستورالعمل‌های روشن و مشخصی برای مشارکت بیماران در خدمات سلامتی ارائه شده وجود دارد؟ • آیا راهنماهای بالینی در بیمارستان با درنظرگرفتن مشارکت بیماران به کار گرفته می‌شوند؟
مشاهده	• در این مورد کاربردی ندارد.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان مشارکت بیمار و یکپارچگی در ارائه خدمات سلامت را در اولویت قرار می‌دهد، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان بیماران را در ارائه خدمات سلامت مشارکت نمی‌دهد، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

C.1.2.8 بیمارستان بیماران را به‌منظور شناسایی افراد آسیب‌پذیر در برابر سقوط غربالگری نموده و در راستای کاهش خطر مداخله می‌نماید.

معیارهای قابل‌سنجش

- وجود فرایند ارزیابی اولیه و مداوم بیماران در معرض خطر سقوط، شناسایی آنها و استقرار مدیریت خطر پیشگیرانه برای کاهش خطر سقوط؛
- خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی ارزیابی اولیه و مداوم بیماران در معرض خطر سقوط؛
- خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی کاهش خطر سقوط؛
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی کاهش خطر سقوط؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی کاهش خطر سقوط.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی کاهش خطر سقوط. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی کاهش خطر سقوط. • گزارش‌هایی که شامل بررسی میزان تبعیت از خطمشی و روش‌های اجرایی کاهش خطر سقوط است. • نمونه‌ی تصادفی از پرونده‌های پزشکی به‌منظور بررسی مستندات مرتبط با ارزیابی اولیه و مداوم بیماران در معرض خطر سقوط و اقدامات صورت گرفته برای کاهش خطر سقوط.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی مبنی‌بر این که بیمارستان بیماران را برای شناسایی افراد آسیب‌پذیر در برابر سقوط غربالگری می‌نماید، وجود دارد؟
مشاهده	• انطباق با خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی کاهش خطر سقوط.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان، بیماران را برای شناسایی افراد آسیب‌پذیر در برابر خطر سقوط غربالگری می‌نماید و برای کاهش خطر سقوط اقدام می‌نماید، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان بیماران را به‌منظور شناسایی افراد آسیب‌پذیر در برابر سقوط غربالگری نمی‌نماید و / یا برای کاهش خطر سقوط اقدام نمی‌نماید، امتیازی نمی‌گیرد.

C.2	سطح معیار	بیانیه معیار	راهنما برای شواهد انطباق
بیمارستان سیستمی برای کاهش خطر ابتلا به عفونت‌های بیمارستانی دارد.	معیار الزامی	C.2.1.1 بیمارستان دارای برنامه هماهنگ و جامع برای کلیه فعالیت‌های مربوط به پیشگیری و کنترل عفونت است که تمام رشته‌ها و تخصص‌ها را در بر می‌گیرد.	• شرح وظایف کمیته پیشگیری و کنترل عفونت. • صورت‌جلسات کمیته پیشگیری و کنترل عفونت. • راهنماها، برنامه عملیاتی و کتابچه راهنمای برنامه پیشگیری و کنترل عفونت. • استفاده از راهبرد بهبود چندمدلی سازمان جهانی بهداشت برای برنامه‌های اثربخش پیشگیری و کنترل عفونت.
		C.2.1.2 بیمارستان تمیزی، ضدعفونی و استریلیزاسیون مناسب کلیه تجهیزات را تضمین می‌نماید.	• وجود خط‌مشی برای تمیزی، ضدعفونی و استریلیزاسیون تجهیزات.
		C.2.1.3 فردی واجد شرایط به‌عنوان مسئول تمامی فعالیت‌های پیشگیری و کنترل عفونت تعیین شده است.	ساختار سازمانی پیشگیری و کنترل عفونت.
	معیار اساسی	C.2.2.1 بیمارستان جهت پیشگیری و کنترل عفونت از راهنماهای مبتنی‌بر شواهد، از جمله راهبرد بهبود چندمدلی سازمان جهانی بهداشت برای برنامه اثربخش پیشگیری و کنترل عفونت تبعیت می‌نماید.	• راهنماهای معتبر پیشگیری و کنترل عفونت از جمله راهنمای سازمان جهانی بهداشت.
		C.2.2.2 بیمارستان وجود دائمی و صحت کارکرد تجهیزات و وسایل ضروری پیشگیری و کنترل عفونت را تضمین می‌نماید.	• خط‌مشی و روش‌های اجرایی برای تجهیزات و وسایل پیشگیری و کنترل عفونت.
		C.2.2.3 بیمارستان دارای دستورالعمل‌های کاربردی ایزولاسیون، تعاریف و احتیاطات است.	• دستورالعمل‌ها، خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی ایزولاسیون.
		C.2.2.4 بیمارستان به‌منظور کاهش مقاومت میکروبی، خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی مصرف منطقی آنتی‌بیوتیک‌ها را به کار می‌بندد و یک برنامه فعال تولیت ضدمیکروبی دارد.	• رویکرد چند تخصصی متشکل از مسئول پیشگیری و کنترل عفونت، نمایندگان داروخانه، پزشکان بالینی، مدیر بیمارستان و واحد میکروبیولوژی. • خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای مصرف منطقی آنتی‌بیوتیک‌ها به‌منظور کاهش مقاومت میکروبی
		C.2.2.5 بیمارستان راهنماهای معتبر در زمینه بهداشت دست از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت را اجرا می‌نماید.	• راهنماهای معتبر بهداشت دست از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت.
		C.2.2.6 بیمارستان به‌منظور شناسایی عفونت‌های کلونیزه شده و قابل انتقال، کارکنان را قبل از استخدام و به‌طور منظم پس از استخدام بر اساس بهترین شواهد موجود غربالگری می‌نماید.	• پرونده سلامت کارکنان. • خط‌مشی و روش‌های اجرایی غربالگری کارکنان.
		C.2.2.7 بیمارستان جهت محافظت کارکنان و نیروهای داوطلب در برابر عفونت‌های ناشی از خدمات سلامت تمهیداتی از جمله تلقیح واکسن هپاتیت B ارائه می‌نماید.	• خط‌مشی‌های و روش‌های اجرایی محافظت کارکنان و نیروهای داوطلب در برابر عفونت‌های ناشی از خدمات سلامت.
		C.2.2.8 بیمارستان در زمان مقتضی از مدیریت بسته‌ای تبعیت می‌نماید.	راهنماهای مدیریت بسته‌ای برای: ○ بخش مراقبت‌های ویژه از جمله پنومونی مرتبط با ونتیلاتور و عفونت‌های خونی مرتبط با کاتتر ورید مرکزی[1]. ○ عمومی، از جمله عفونت دستگاه ادراری و عفونت خون (سپسیس).
	معیار پیشرفته	C.2.3.1 بیمارستان دارای نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی است.	• خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای نظام مراقبت عفونت‌های بیمارستانی شامل: ○ عفونت موضع عمل جراحی. ○ بررسی روند میزان عفونت. ○ تجزیه‌وتحلیل اطلاعات جهت تعیین خوشه‌ها، روند و طغیان‌ها. ○ به اشتراک گذاشتن اطلاعات.

1. Central line-associated bloodstream infection

C.2.1.1 بیمارستان دارای برنامه هماهنگ و جامع برای کلیه فعالیت‌های مربوط به پیشگیری و کنترل عفونت[1] است که تمام رشته‌ها و تخصص‌ها را دربر می‌گیرد.

معیارهای قابل‌سنجش

- لطفاً به‌عنوان مرجع از «اجزاء اصلی پیشگیری و کنترل عفونت سازمان جهانی بهداشت[2]» و «حداقل استانداردهای پیشگیری و کنترل عفونت»، قابل‌دسترسی در وب‌سایت ذیل استفاده نمایید:

(http://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/en.)

- ساختار سازمانی پیشگیری و کنترل عفونت؛
- شرح وظایف و ابلاغ اعضای کمیته پیشگیری و کنترل عفونت؛
- صورت‌جلسات کمیته پیشگیری و کنترل عفونت؛
- راهنماها، برنامه عملیاتی و کتابچه راهنمای پیشگیری و کنترل عفونت؛
- خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت؛
- سوابق آموزشی کارکنان در زمینه خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• ساختار سازمانی پیشگیری و کنترل عفونت. • شرح وظایف و نامه ابلاغ کمیته پیشگیری و کنترل عفونت. • نمونه تصادفی صورت‌جلسات کمیته پیشگیری و کنترل عفونت. • راهنماها، برنامه عملیاتی و کتابچه راهنمای پیشگیری و کنترل عفونت. • خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت. • فرایند بررسی میزان تبعیت از خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی پیشگیری و کنترل عفونت.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی مبنی‌بر این که بیمارستان دارای برنامه پیشگیری و کنترل عفونت، از جمله ساختار سازمانی، راهنماها، برنامه عملیاتی و کتابچه راهنما است؟
مشاهده	• تبعیت از استانداردهای پیشگیری و کنترل عفونت.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان برنامه پیشگیری و کنترل عفونت، از جمله ساختار سازمانی، راهنماها، برنامه و کتابچه راهنما داشته باشد، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان برنامه پیشگیری و کنترل عفونت نداشته باشد، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

---

1. Infection prevention and control (IPC)
2. WHO IPC core components

C.2.1.2 بیمارستان تمیزی، ضدعفونی و استریلیزاسیون مناسب کلیه تجهیزات را تضمین می‌نماید.

معیارهای قابل‌سنجش

- خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی مربوط به تمیزی، ضدعفونی و استریلیزاسیون تجهیزات؛
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی تمیزی، ضدعفونی و استریلیزاسیون تجهیزات؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی مربوط به تمیزی، ضدعفونی و استریلیزاسیون تجهیزات.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی تمیزی، ضدعفونی و استریلیزاسیون تجهیزات. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی تمیزی، ضدعفونی و استریلیزاسیون تجهیزات. • گزارش‌هایی که شامل بررسی میزان تبعیت از خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی تمیزی، ضدعفونی و استریلیزاسیون تجهیزات است.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی وجود دارد که بیمارستان تمیزی، ضدعفونی و استریلیزاسیون تجهیزات را با تأکید ویژه بر واحدها و بخش‌های پرخطر تضمین می‌نماید؟
مشاهده	• تمیزی مناسب، ضدعفونی و استریلیزاسیون تجهیزات با تأکید ویژه بر واحدها و بخش‌های پرخطر.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان تمیزی، ضدعفونی و استریلیزاسیون مناسب همه تجهیزات را با تأکید ویژه بر نقاط پرخطر تضمین می‌نماید، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان تمیزی، ضدعفونی و استریلیزاسیون مناسب همه تجهیزات را تضمین نمی‌نماید، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

C.2.1.3 فردی واجد شرایط به‌عنوان مسئول تمامی فعالیت‌های پیشگیری و کنترل عفونت تعیین شده است.

معیارهای قابل‌سنجش

- ساختار سازمانی پیشگیری و کنترل عفونت؛
- شرح وظایف فرد مسئول پیشگیری و کنترل عفونت؛
- گزارش‌های نظارتی منظم که توسط فرد مسئول به مراجع ارشد مربوطه برای رفع مشکلات و چالش‌های شناسایی شده در زمینه کنترل عفونت ارائه می‌شود.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• مستنداتی که ساختار سازمانی برنامه پیشگیری و کنترل عفونت را در بیمارستان نشان می‌دهد. • شرح وظایف فرد مسئول پیشگیری و کنترل عفونت. • گزارش‌های نظارتی منظم که توسط فرد مسئول به مراجع ارشد مربوطه برای رفع مشکلات و چالش‌های شناسایی شده در زمینه کنترل عفونت ارائه می‌شود.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا فرد مسئول پیشگیری و کنترل عفونت، اختیارات لازم برای نظارت، پایش و اجرای اقدامات لازم به‌منظور حصول اطمینان از اجرای استانداردهای پیشگیری و کنترل عفونت در بیمارستان را دارد؟
مشاهده	• در این مورد کاربردی ندارد.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان یک فرد واجد شرایط و مشخص به‌عنوان مسئول فعالیت‌های پیشگیری و کنترل عفونت دارد، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان فردی مسئول برای فعالیت‌های پیشگیری و کنترل عفونت ندارد، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

C.2.2.1 بیمارستان جهت پیشگیری و کنترل عفونت از راهنماهای مبتنی‌بر شواهد، از جمله راهبرد بهبود چندمدلی سازمان جهانی بهداشت برای برنامه اثربخش پیشگیری و کنترل عفونت[1] تبعیت می‌نماید.

معیارهای قابل‌سنجش

- راهنماهای معتبر پیشگیری و کنترل عفونت، از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت؛
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه راهنماهای پیشگیری و کنترل عفونت؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از راهنماهای پیشگیری و کنترل عفونت.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

1. WHO multimodel improvement strategy for effective IPC programmes

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• راهنماهای معتبر برای پیشگیری و کنترل عفونت، از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه راهنماهای پیشگیری و کنترل عفونت. • گزارش‌هایی که شامل بررسی میزان تبعیت از راهنماهای پیشگیری و کنترل عفونت است.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی وجود دارد که بیمارستان از راهنماهای معتبر برای پیشگیری و کنترل عفونت، از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت، تبعیت می‌نماید؟
مشاهده	• تبعیت از راهنماهای پیشگیری و کنترل عفونت.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان از راهنماهای معتبر پیشگیری و کنترل عفونت، از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت تبعیت می‌نماید، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان از راهنماهای معتبر پیشگیری و کنترل عفونت، از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت تبعیت نمی‌نماید، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

C.2.2.2 بیمارستان وجود دائمی و صحت کارکرد تجهیزات و وسایل ضروری پیشگیری و کنترل عفونت را تضمین می‌نماید.

معیارهای قابل‌سنجش

- خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی مرتبط با تجهیزات و وسایل پیشگیری و کنترل عفونت؛
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی مرتبط با تجهیزات و وسایل پیشگیری و کنترل عفونت؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی مرتبط با تجهیزات و وسایل پیشگیری و کنترل عفونت.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای استفاده از تجهیزات و وسایل مرتبط با پیشگیری و کنترل عفونت. • سوابق آموزشی کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی تجهیزات و وسایل مرتبط با پیشگیری و کنترل عفونت. • گزارش‌هایی که شامل بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی استفاده از تجهیزات و وسایل ضروری جهت پیشگیری و کنترل عفونت باشد.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی وجود دارد که بیمارستان دسترسی مداوم به تجهیزات و وسایل ضروری جهت پیشگیری و کنترل عفونت را تضمین می‌نماید؟
مشاهده	• در دسترس بودن تجهیزات و وسایل ضروری و کاربردی جهت پیشگیری و کنترل عفونت.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان وجود دائمی و صحت کارکرد تجهیزات و وسایل ضروری جهت پیشگیری و کنترل عفونت را تضمین می‌نماید، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان وجود دائمی و صحت کارکرد تجهیزات و وسایل ضروری جهت پیشگیری و کنترل عفونت را تضمین نمی‌نماید، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

C.2.2.3 بیمارستان دارای دستورالعمل‌های کاربردی ایزولاسیون، تعاریف و احتیاطات است.

معیارهای قابل‌سنجش

- خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی مرتبط با پروتکل‌های ایزولاسیون؛
- سوابق آموزشی کارکنان در زمینه خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی پروتکل‌های ایزولاسیون؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی پروتکل‌های ایزولاسیون.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی پروتکل‌های ایزولاسیون. • سوابق آموزشی کارکنان در زمینه خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی پروتکل‌های ایزولاسیون. • گزارش‌هایی که شامل بررسی میزان تبعیت از خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی پروتکل‌های ایزولاسیون باشد.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی وجود دارد که بیمارستان دارای پروتکل‌های ایزولاسیون، تعاریف و احتیاطات پیشگیری و کنترل عفونت است و از آنها استفاده می‌نماید؟
مشاهده	• تبعیت از پروتکل‌های ایزولاسیون، تعاریف و احتیاطات پیشگیری و کنترل عفونت.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان دارای پروتکل‌های ایزولاسیون، تعاریف و احتیاطات پیشگیری و کنترل عفونت است، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد.
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد.
- در صورتی‌که بیمارستان دارای پروتکل‌های ایزولاسیون، تعاریف و احتیاطات پیشگیری و کنترل عفونت نیست، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

C.2.2.4 بیمارستان به‌منظور کاهش مقاومت میکروبی، خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی مصرف منطقی آنتی‌بیوتیک‌ها را به‌کار می‌بندد و یک برنامه فعال تولیت ضدمیکروبی[1] دارد.

معیارهای قابل‌سنجش

- رویکرد چند تخصصی متشکل از حداقل مسئول پیشگیری و کنترل عفونت، نماینده داروخانه، پزشکان بالینی، مدیریت بیمارستان و بخش میکروب‌شناسی؛
- خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی مصرف منطقی آنتی‌بیوتیک‌ها برای کاهش مقاومت میکروبی؛
- سوابق آموزشی کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی مصرف منطقی آنتی‌بیوتیک‌ها و برنامه تولیت ضدمیکروبی؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی مصرف منطقی آنتی‌بیوتیک‌ها و برنامه تولیت ضدمیکروبی.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی مصرف منطقی آنتی‌بیوتیک‌ها برای کاهش مقاومت و برنامه فعال تولیت ضدمیکروبی. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی استفاده منطقی از آنتی‌بیوتیک‌ها و برنامه فعال تولیت ضدمیکروبی. • گزارش‌هایی که شامل بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی مصرف منطقی آنتی‌بیوتیک‌ها و برنامه فعال تولیت ضدمیکروبی می‌شود.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی وجود دارد که بیمارستان، خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای مصرف منطقی آنتی‌بیوتیک‌ها به‌منظور کاهش مقاومت میکروبی اجرا می‌نماید و یک برنامه فعال تولیت ضدمیکروبی دارد؟
مشاهده	• تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی مصرف منطقی آنتی‌بیوتیک و برنامه تولیت ضدمیکروبی.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان برای مصرف منطقی آنتی‌بیوتیک‌ها، خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی را اجرا می‌نماید و یک برنامه فعال تولیت ضدمیکروبی دارد، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان برای مصرف منطقی آنتی‌بیوتیک‌ها، خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی را اجرا نمی‌نماید یا یک برنامه فعال تولیت ضدمیکروبی ندارد، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

1. Antimicrobial stewardship program

C.2.2.5 بیمارستان راهنماهای معتبر در زمینه بهداشت دست از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت را اجرا می‌نماید.

معیارهای قابل‌سنجش

- راهنماهای تأیید شده بهداشت دست، از جمله، راهنماهای سازمان جهانی بهداشت؛
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه رعایت بهداشت دست؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از راهنماهای بهداشت دست برای شستشو و ضدعفونی دست در کل بیمارستان.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• راهنماهای معتبر بهداشت دست، از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه رعایت راهنماهای بهداشت دست. • گزارش‌هایی که شامل بررسی میزان رعایت راهنماهای بهداشت دست هستند.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی وجود دارد که بیمارستان راهنماهای معتبر بهداشت دست از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت را اجرا می‌نماید؟
مشاهده	• تبعیت از راهنماهای بهداشت دست، از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان، راهنماهای معتبر بهداشت دست از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت را اجرا می‌نماید، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان راهنماهای معتبر بهداشت دست از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت را اجرا نمی‌نماید، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

C.2.2.6 بیمارستان به‌منظور شناسایی عفونت‌های کلونیزه شده و قابل انتقال، کارکنان را قبل از استخدام و به‌طور منظم پس از استخدام بر اساس بهترین شواهد موجود غربالگری می‌نماید.

معیارهای قابل‌سنجش

- پرونده سلامت کارکنان؛
- خطمشی و روش‌های اجرایی غربالگری کارکنان؛
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی غربالگری کارکنان؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی غربالگری کارکنان.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• پرونده سلامت کارکنان. • خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی غربالگری کارکنان. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی‌های غربالگری کارکنان. • گزارش‌هایی که شامل بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی و روش‌های اجرایی غربالگری کارکنان است.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی وجود دارد که کارکنان باید قبل از استخدام و پس از آن به‌صورت منظم از نظر کلونیزاسیون و عفونت‌های قابل انتقال غربالگری شوند؟
مشاهده	• در این مورد کاربردی ندارد.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که ۱۰۰–۸۰ درصد کارکنان قبل از استخدام و پس از آن به‌صورت منظم از نظر کلونیزاسیون و عفونت‌های قابل انتقال، غربالگری می‌شوند، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که ۷۹–۶۰ درصد کارکنان قبل از استخدام و پس از آن به‌صورت منظم از نظر کلونیزاسیون و عفونت‌های قابل انتقال غربالگری می‌شوند، بخشی از امتیاز تعلق می‌گیرد.
- در صورتی‌که کمتر از ۶۰ درصد کارکنان قبل از استخدام از نظر کلونیزاسیون و عفونت‌های قابل انتقال غربالگری می‌شوند و / یا پس از استخدام به‌صورت نامنظم غربالگری می‌شوند، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

C.2.2.7 بیمارستان جهت محافظت کارکنان و نیروهای داوطلب در برابر عفونت‌های ناشی از خدمات سلامت[1] تمهیداتی از جمله تلقیح واکسن هپاتیت B ارائه می‌نماید.

معیارهای قابل‌سنجش

- خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی حفاظت از کارکنان و نیروهای داوطلب در برابر عفونت‌های ناشی از خدمات سلامت؛
- سوابق آموزشی کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی حفاظت از کارکنان و نیروهای داوطلب در برابر عفونت‌های ناشی از خدمات سلامت؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی حفاظت از کارکنان و نیروهای داوطلب در برابر عفونت‌های ناشی از خدمات سلامت.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

1. Health care-associated infections

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی حفاظت از کارکنان و نیروهای داوطلب در برابر عفونت‌های ناشی از خدمات سلامت. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی محافظت از کارکنان و نیروهای داوطلب در برابر عفونت‌های ناشی از خدمات سلامت. • گزارش‌هایی که شامل بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی محافظت از کارکنان و نیروهای داوطلب در برابر عفونت‌های ناشی از خدمات سلامت می‌شود.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی وجود دارد که بیمارستان برای محافظت از کارکنان و نیروهای داوطلب در برابر عفونت‌های ناشی خدمات سلامت اقداماتی از جمله تلقیح واکسن هپاتیت B انجام می‌دهد؟
مشاهده	• مواردی که اقدامات اعمال شده را نشان می‌دهد.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان با اِعمال مداخلاتی از جمله تلقیح واکسن هپاتیت B از کارکنان، نیروهای داوطلب و ملاقات‌کنندگان در قبال ابتلا به عفونت‌های ناشی از خدمات سلامت محافظت می‌نماید، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان با اِعمال مداخلاتی از جمله تلقیح واکسن هپاتیت B از کارکنان، نیروهای داوطلب و ملاقات‌کنندگان در قبال ابتلا به عفونت‌های ناشی از خدمات سلامت محافظت نمی‌نماید، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

C.2.2.8 بیمارستان در زمان مقتضی از مدیریت بسته‌ای[1] تبعیت می‌نماید.

معیارهای قابل‌سنجش

- راهنماهای مدیریت بسته‌ای؛
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه مدیریت بسته‌ای؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از و اجرای مدیریت بسته‌ای.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

1. Bundle management

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• راهنماهای مدیریت بسته‌ای. • سوابق آموزش در زمینه مدیریت بسته‌ای. • گزارش‌هایی که شامل بررسی میزان تبعیت از و اجرای مدیریت بسته‌ای است.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی مبنی‌بر تبعیت بیمارستان از مدیریت بسته‌ای وجود دارد؟
مشاهده	• در این مورد کاربردی ندارد.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان در موارد لزوم از مدیریت بسته‌ای تبعیت می‌نماید، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان در موارد لزوم از مدیریت بسته‌ای تبعیت نمی‌نماید، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

C.2.3.1 بیمارستان دارای نظام مراقبت عفونت‌های ناشی از عفونت‌های بیمارستانی[1] است.

معیارهای قابل‌سنجش

- فرایند ردیابی میزان عفونت؛ تجزیه‌وتحلیل اطلاعات برای تعیین خوشه‌ها، روندها و طغیان‌ها و به‌اشتراک‌گذاری اطلاعات؛
- خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی نظام مراقبت عفونت‌های ناشی از خدمات سلامت[2]؛
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی نظام مراقبت عفونت‌های ناشی از خدمات سلامت؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی نظام مراقبت عفونت‌های ناشی از خدمات سلامت.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی نظام مراقبت عفونت‌های ناشی از خدمات سلامت. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی نظام مراقبت عفونت‌های ناشی از خدمات سلامت. • گزارش‌هایی که شامل بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی نظام مراقبت عفونت‌های ناشی از خدمات سلامت می‌شود.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی مبنی‌بر این که بیمارستان دارای نظام مراقبت عفونت‌های ناشی از خدمات سلامت است، وجود دارد؟
مشاهده	• نظام مراقبت عفونت‌های ناشی از خدمات سلامت.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان دارای نظام مراقبت فعال عفونت‌های ناشی از خدمات سلامت باشد، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان دارای نظام مراقبت فعال عفونت‌های ناشی از خدمات سلامت نباشد، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

1. Surveillance system for hospital-acquired infections
2. Health care-associated infections

C.3	سطح معیار	بیانیه معیار	راهنما برای شواهد انطباق
بیمارستان، ایمنی خون و فرآورده‌های خونی را تضمین می‌نماید.	معیار الزامی	C.3.1.1 بیمارستان، راهنماهای معتبر از جمله راهنمای سازمان جهانی بهداشت را در زمینه خون و فرآورده‌های خونی ایمن و باکیفیت اجرا می‌نماید.	• راهنماها، از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت در مورد خون و فرآورده‌های خونی ایمن. • راهنماهای تجویز ایمن خون و فرآورده‌های خونی. • خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی در مورد فرایند ایمن قبل از انتقال خون مانند ثبت‌نام، رد و قبول داوطلبین اهدای خون و غربالگری خون (از نظر هپاتیت B و هپاتیت C و HIV). • راهنماهای تجویز ایمن و متناسب خون و فرآورده‌های خونی، از جمله استفاده از محلول‌های جایگزین.
		C.3.1.2 بیمارستان تضمین می‌نماید که جهت شناسایی نمونه خون بیماران برای تست کراس‌مچ از دو شناسه اختصاصی و انحصاری استفاده می‌نماید.	خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی تست کراس‌مچ نمونه‌های خونی.
	معیار اساسی	C.3.2.1 بیمارستان از راهنماهای تجویز ایمن و متناسب خون و فرآورده‌های خونی از جمله استفاده از محلول‌های جایگزین تبعیت می‌نماید.	راهنماهایی برای خدمات بالینی که خون‌روی و نیاز به انتقال خون را کاهش می‌دهد.
		C.3.2.2 بیمارستان خط‌مشی و روش‌های اجرایی برای مدیریت حوادث پس از انتقال خون دارد.	خط‌مشی‌های مدیریت حوادث رخداده پس از انتقال خون.

C.3.1.1 بیمارستان، راهنماهای معتبر از جمله راهنمای سازمان جهانی بهداشت را در زمینه خون و فرآورده‌های خونی ایمن و باکیفیت اجرا می‌نماید.

معیارهای قابل‌سنجش

- راهنماهای استفاده ایمن و بی‌خطر از خون و فرآورده‌های خونی ازجمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت؛
- راهنماهای تجویز ایمن خون و فرآورده‌های خونی؛
- سوابق آموزشی کارکنان در زمینه راهنماهای مربوط به استفاده ایمن خون و فرآورده‌های خونی؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از راهنماهای مربوط به استفاده ایمن از خون و فرآورده‌های خونی.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• راهنماها، از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت در مورد خون و فرآورده‌های خونی ایمن. • سوابق آموزشی کارکنان در زمینه راهنماهای خون و فرآورده‌های خونی ایمن. • گزارش‌هایی که شامل بررسی میزان تبعیت از راهنماهای خون و فرآورده‌های خونی ایمن می‌شود.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی وجود دارد که بیمارستان راهنماهای خون و فرآورده‌های خونی ایمن، از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت را اجرا می‌نماید؟
مشاهده	• تبعیت از راهنماهای خون و فرآورده‌های خونی ایمن، از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان راهنماهای معتبر از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت را در زمینه خون و فرآورده‌های خونی ایمن اجرا می‌نماید، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان راهنماهای در زمینه خون و فرآورده‌های خونی ایمن داشته باشد، اما به‌طور منظم آنها را اجرا نمی‌نماید، بخشی از امتیاز را می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان راهنماهای معتبر در زمینه خون و فرآورده‌های خونی ایمن نداشته باشد، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

C.3.1.2 بیمارستان تضمین می‌نماید که جهت شناسایی نمونه خون بیماران برای تست کراس‌مچ، از دو شناسه اختصاصی و انحصاری استفاده می‌نماید.

معیارهای قابل‌سنجش

- خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی ارسال نمونه خون تست کراس‌مچ؛
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی ارسال نمونه خون تست کراس‌مچ؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی ارسال نمونه خون تست کراس‌مچ.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی ارسال نمونه خون تست کراس‌مچ. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای تست کراس‌مچ نمونه خون. • گزارش‌هایی که شامل بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای تست کراس‌مچ نمونه خون می‌شود.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی وجود دارد که بر اساس آن بیمارستان تضمین نماید که نمونه‌های خون تست کراس‌مچ بیماران با دو شناسه منحصربه‌فرد شناسایی می‌شوند؟
مشاهده	• نمونه‌های خون بیماران برای تست کراس‌مچ که با دو شناسه اختصاری و انحصاری شناسایی می‌شوند.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان، شناسایی ایمن نمونه خون تست کراس‌مچ را با استفاده از دو شناسه اختصاصی و انحصاری تضمین می‌نماید، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان خط‌مشی و روش‌های اجرایی برای تست کراس‌مچ نمونه خون بیماران نداشته باشد، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

C.3.2.1 بیمارستان از راهنماهای تجویز ایمن و متناسب خون و فرآورده‌های خونی از جمله استفاده از محلول‌های جایگزین تبعیت می‌نماید.

معیارهای قابل‌سنجش

- راهنماهای تجویز ایمن و متناسب خون و فرآورده‌های خونی، از جمله استفاده از محلول‌های جایگزین؛
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه راهنماهای تجویز ایمن و متناسب خون و فرآورده‌های خونی، از جمله، استفاده از محلول‌های جایگزین؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از راهنماهای تجویز ایمن و متناسب خون و فرآورده‌های خونی، از جمله استفاده از محلول‌های جایگزین.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• راهنماهای تجویز ایمن و متناسب خون و فرآورده‌های خونی، از جمله استفاده از محلول‌های جایگزین. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه راهنماهای تجویز ایمن و متناسب خون و فرآورده‌های خونی، از جمله استفاده از محلول‌های جایگزین. • گزارش‌هایی که شامل بررسی میزان تبعیت از راهنماهای تجویز ایمن و متناسب خون و فرآورده‌های خونی می‌شود.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی مبنی‌بر تبعیت بیمارستان از راهنماهای تجویز ایمن و متناسب خون و فرآورده‌های خونی، از جمله استفاده از محلول‌های جایگزین وجود دارد؟
مشاهده	• راهنماهای تجویز ایمن و متناسب خون و فرآورده‌های خونی، از جمله استفاده از محلول‌های جایگزین.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان از راهنماهای تجویز ایمن و متناسب خون و فرآورده‌های خونی، از جمله استفاده از محلول‌های جایگزین تبعیت می‌نماید، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان از راهنماهای تجویز ایمن و متناسب خون و فرآورده‌های خونی، از جمله استفاده از محلول‌های جایگزین تبعیت نمی‌نماید، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

C.3.2 2. بیمارستان خطمشی و روش‌های اجرایی برای مدیریت حوادث پس از انتقال خون دارد.

معیارهای قابل‌سنجش

- خطمشی مدیریت حوادث رخداده پس از انتقال خون؛
- سوابق آموزشی در زمینه خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی مدیریت حوادث رخداده پس از انتقال خون؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی مدیریت حوادث رخداده پس از انتقال خون.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی مدیریت حوادث رخداده پس از انتقال خون. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی مدیریت حوادث رخداده پس از انتقال خون. • گزارش‌هایی که شامل بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی مدیریت حوادث رخداده پس از انتقال خون هستند.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی مبنی‌بر این که بیمارستان خط‌مشی و روش‌های اجرایی مدیریت حوادث رخداده پس از انتقال خون را اجرا می‌نماید، وجود دارد؟
مشاهده	• در این مورد کاربردی ندارد.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان خط‌مشی و روش‌های اجرایی مدیریت حوادث رخداده پس از انتقال خون را به‌طور کامل اجرا می‌نماید، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان، خط‌مشی و روش‌های اجرایی مدیریت حوادث رخ داده پس از انتقال خون را تا حدودی اجرا می‌نماید، بخشی از امتیاز را می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان فاقد خط‌مشی و روش‌های اجرایی برای مدیریت حوادث رخ داده پس از انتقال خون باشد، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

C.4	سطح معیار	بیانیه معیار	راهنما برای شواهد انطباق
سیستم دارویی بیمارستان ایمن است.	معیار الزامی	C.4.1.1 داروساز دارای مجوز فعالیت، سیستم مدیریت دارویی را در بیمارستان به‌نحوی مدیریت می‌نماید که نیازهای بیمار را پاسخ داده، قوانین و مقررات کاربردی جاری را رعایت کرده و از راهنماهای سازمان جهانی بهداشت تبعیت می‌نماید.	• شرح شغل داروساز بیمارستان. • برنامه ایمنی دارویی.
		C.4.1.2 بیمارستان محلول‌های الکترولیت با غلظت بالا را در مکانی ایمن نگهداری می‌نماید.	خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای جمع‌آوری محلول‌های الکترولیتی غلیظ از جمله پتاسیم کلراید، پتاسیم فسفات و سدیم کلراید از بخش‌های بستری و ذخیره آنها در محلی ایمن.
		C.4.1.3 بیمارستان وجود داروهای حیاتی را در تمام ساعات شبانه‌روز (۲۴ ساعته) تضمین می‌نماید.	داروهای حیاتی بر اساس نیاز هر بخش[1].
	معیار اساسی	C.4.2.1 بیمارستان خوانا بودن دست خط پزشکان را در زمان نوشتن نسخ و دستورات پزشک تضمین می‌نماید.	خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی به‌منظور حصول اطمینان از خوانا بودن دست خط پزشکان در زمان نوشتن نسخ و دستورات پزشک.
		C.4.2.2 بیمارستان انجام تلفیق دارویی را هنگام بستری، انتقال و ترخیص بیماران تضمین می‌نماید.	خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی مدیریت دارویی ایمن موارد زیر را شامل می‌شود: o تمام موارد جابه‌جایی و انتقال مراقبت. o شرح شغل داروساز بالینی. o برنامه ترخیص بیمار. o چندداروی (پُلی‌فارماسی) و قطع تجویز دارو[2].
		C.4.2.3 بیمارستان آموزش داروها را به بیمار یا مراقبین وی در زمان ترخیص تضمین می‌نماید.	• فرایند آموزش بیماران و مراقبین آنها در مورد استفاده ایمن و مؤثر دارو، عوارض جانبی مورد انتظار، تداخلات احتمالی با سایر داروها و / یا غذا و کنترل درد. • مدارک پزشکی که آموزش نحوه مصرف دارو در زمان ترخیص را به بیمار (یا مراقب او) نشان می‌دهد. • خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی آموزش به بیمار (یا مراقب او) در مورد مصرف دارو در زمان ترخیص.

۱. طبق بخشنامه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی داروهای حیاتی محدود به داروهای موجود در ترالی احیا و آنتی دوت ها بر اساس نیاز هر بخش است.

2. De-prescribing

C.4	سطح معیار	بیانیه معیار	راهنما برای شواهد انطباق
سیستم دارویی بیمارستان ایمن است.	معیار اساسی	C.4.2.4 بیمارستان تهیه غلظت‌های مختلف داروها را محدود و استاندارد می‌نماید.	• خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی دارویی ایمن شامل: انتخاب؛ تهیه و تدارک؛ انبارش دارو؛ دستور تجویز دارو و نسخه‌برداری؛ آماده‌سازی و نسخه‌پیچی؛ و دادن دارو به بیمار و پیگیری آن. • تأکید ویژه بر: o برچسب‌گذاری و نگهداری داروهای پرخطر مانند کلرید پتاسیم، هپارین و انسولین. o برچسب‌گذاری و انبارش داروهای با شکل و نام مشابه. o دفع داروهای مصرف نشده یا منقضی شده. • روش‌های اجرایی خاص برای بخش‌های پرخطر مانند انکولوژی و بیهوشی. • فرایند استاندارد و محدودسازی تعداد. • غلظت‌های مختلف دارو در کل بیمارستان.
		C.4.2.5 بیمارستان روال مشخصی برای مدیریت درد دارد و دسترسی به فرآورده‌های دارویی مخدر و ذخیره آن را طبق مقررات جاری کنترل می‌نماید.	خط‌مشی در مورد مواد تحت کنترل.
		C.4.2.6 بیمارستان دارای خط‌مشی و روش‌های اجرایی برای مدیریت خطاهای دارویی است.	خط‌مشی و روش‌های اجرایی برای مدیریت خطاهای دارویی.
	معیار پیشرفته	C.4.3.1 بیمارستان، داروسازان بالینی دارد که در فرایند تجویز دارو مشارکت داشته و سیستمی برای شناسایی تداخلات دارو – دارو و دارو – غذا دارد.	• فرایند بررسی داروهای تجویز شده و یک سیستم هشدار تداخلات دارو با دارو و دارو با غذا و پیشنهاد گزینه‌های جایگزین در صورت وجود تداخل دارویی. • خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی داروخانه بستری به‌منظور شناسایی تداخلات دارو با دارو و دارو با غذا. • خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی داروخانه بستری به‌منظور شناسایی تداخلات دارو با دارو و دارو با غذا.

C.4.1.1 داروساز دارای مجوز فعالیت، سیستم مدیریت دارویی را در بیمارستان به‌نحوی مدیریت می‌نماید که نیازهای بیمار را پاسخ داده، قوانین و مقررات کاربردی جاری را رعایت کرده و از راهنماهای سازمان جهانی بهداشت تبعیت می‌نماید.

معیارهای قابل‌سنجش

- مستنداتی که پایبندی بیمارستان به راهنماهای سازمان جهانی بهداشت در خصوص ایمنی دارو و سیستم مدیریت دارویی را نشان می‌دهد؛
- شرح وظایف داروساز دارای مجوز فعالیت بالینی که مستقیماً بر سیستم مدیریت دارویی بیمارستان نظارت داشته تا از ارائه خدمات ایمن اطمینان حاصل نماید؛
- گزارش‌های پایش که نیازهای بیماران در خصوص دارو و نحوه پاسخگویی به این نیازها را توسط سیستم مدیریت دارویی بیمارستان نشان می‌دهد.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• شرح وظایف داروساز دارای مجوز فعالیت بالینی که در مدیریت دارویی داخل بیمارستان مشارکت فعال دارد. • نمونه تصادفی از پرونده‌های بیماران جهت نشان‌دادن نقش داروساز بالینی در حصول اطمینان از استقرار سیستم مدیریت دارویی مناسب در بیمارستان. • گزارش‌های نظارتی منظم که تبعیت بیمارستان از راهنماهای سازمان جهانی بهداشت و تأمین نیازهای دارویی بیماران را نشان می‌دهد.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مربوطه: آیا بیمارستان داروسازی با مجوز فعالیت بالینی دارد که در سیستم مدیریت دارویی بیمارستان مشارکت دارد؟
مشاهده	• در این مورد کاربردی ندارد.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان، داروسازی با مجوز فعالیت بالینی داشته باشد که در سیستم مدیریت دارویی بیمارستان نقش داشته و تبعیت از راهنماهای سازمان جهانی بهداشت را تضمین نماید، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که سیستم مدیریت دارویی بیمارستان دارای یک داروساز مسئول در تیم مدیریت دارویی نباشد، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

C.4.1.2 بیمارستان محلول‌های الکترولیتی با غلظت بالا[1] را در مکانی ایمن نگهداری می‌نماید.

معیارهای قابل‌سنجش

- خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی جمع‌آوری الکترولیت‌های با غلظت بالا، از جمله کلرید پتاسیم، فسفات پتاسیم و کلرید سدیم از بالین / واحد بیمار و نگهداری آنها در مکانی ایمن در بخش[2]؛
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی مرتبط با جمع‌آوری الکترولیت‌های با غلظت بالا از بالین / واحد بیمار و نگهداری آنها در مکانی ایمن در بخش؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی مرتبط با جمع‌آوری الکترولیت‌های با غلظت بالا از بالین / واحد بیمار و نگهداری آنها در یک مکانی ایمن در بخش.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی مرتبط با جمع‌آوری الکترولیت‌های با غلظت بالا از بالین / واحد بیماران و نگهداری آنها در مکانی ایمن در بخش بستری با محدودیت دسترسی افراد. • سوابق آموزش کارکنان در خصوص خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی جمع‌آوری الکترولیت‌های با غلظت بالا و نگهداری آنها در مکانی ایمن در بخش بستری. • گزارش‌هایی که شامل بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی جمع‌آوری الکترولیت‌های با غلظت بالا و نگهداری آنها در مکانی ایمن می‌باشد.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی وجود دارد که بیمارستان الکترولیت‌های با غلظت بالا، از جمله کلرید پتاسیم، فسفات پتاسیم و کلرید سدیم را از بالین / واحد بیماران جمع‌آوری کرده و آنها در مکانی ایمن در بخش نگهداری می‌نماید؟
مشاهده	• الکترولیت‌های با غلظت بالا، از جمله کلرید پتاسیم، فسفات پتاسیم و کلرید سدیم در بالین / واحد بیماران وجود ندارند.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان الکترولیت‌های با غلظت بالا، از جمله کلرید پتاسیم، فسفات پتاسیم و کلرید سدیم، را از بالین / واحد بیماران جمع‌آوری کرده و آنها را در مکانی ایمن در بخش نگهداری می‌نماید، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان الکترولیت‌های با غلظت بالا، از جمله کلرید پتاسیم، فسفات پتاسیم و کلرید سدیم، را از بالین / واحد بیماران جمع‌آوری نکرده است، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

---

1. High concentrations of electrolytes
۲. منظور نگهداری این داروها در مکانی مشخص در بخش، مثل کمد دارویی اتاق تریتمنت با دسترسی محدود به آنها می باشد.

C.4.1.3 بیمارستان وجود داروهای حیاتی را در تمام ساعات شبانه‌روز (۲۴ ساعته) تضمین می‌نماید.

معیارهای قابل‌سنجش

- داروهای حیاتی بر اساس نیاز هر بخش؛
- خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی مربوط به داروهای حیاتی؛
- سوابق آموزشی کارکنان در زمینه خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی مربوط به داروهای حیاتی؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی مربوط به داروهای حیاتی.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• داروهای حیاتی بر اساس نیازهای هر بخش. • خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی مربوط به داروهای حیاتی. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی مربوط به داروهای حیاتی. • گزارش‌هایی که شامل بررسی میزان تبعیت از خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی داروهای حیاتی می‌شوند.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی وجود دارد که وجود داروهای حیاتی را در تمام ساعات شبانه‌روز تضمین می‌نماید؟
مشاهده	• داروهای حیاتی بر اساس نیازهای هر بخش.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان وجود داروهای حیاتی را در تمام ساعات شبانه‌روز از طریق اجرای خطمشی مرتبط تضمین نموده و شواهد مبنی‌بر پیمایش مستمر موجود باشد، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان، وجود داروهای حیاتی را در تمام ساعات شبانه‌روز از طریق اجرای خطمشی مرتبط تضمین ننموده و شواهد پیمایش مستمر وجود نداشته باشد، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

C.4.2.1 بیمارستان خوانا بودن دست خط پزشکان را در زمان نوشتن نسخ و دستورات پزشک تضمین می‌نماید.

معیارهای قابل‌سنجش

- خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی حصول اطمینان از خوانا بودن دست خط پزشکان در زمان نوشتن نسخ و دستورات پزشک؛
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی حصول اطمینان از خوانا بودن دست خط پزشکان در زمان نوشتن نسخ و دستورات پزشک؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی حصول اطمینان از خوانا بودن دست خط پزشکان در زمان نوشتن نسخ و دستورات پزشک

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی حصول اطمینان از خوانا بودن دست خط پزشکان هنگام تجویز یا نوشتن دستورات پزشکی. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی حصول اطمینان از خوانا بودن دست خط پزشکان هنگام تجویز یا نوشتن دستورات پزشکی. • گزارش‌هایی که شامل بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی حصول اطمینان از خوانایی دست خط پزشکان هنگام تجویز یا نوشتن دستورات پزشکی می‌شوند. • بررسی نمونه‌ی تصادفی از پرونده‌های پزشکی جهت تعیین میزان انطباق با خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی حصول اطمینان از خوانایی دست خط پزشکان هنگام تجویز یا نوشتن دستورات پزشکی.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی مبنی‌بر نظارت بیمارستان بر دست خط پزشکان هنگام تجویز یا نوشتن دستورات پزشکی و تضمین خوانا بودن آن وجود دارد؟
مشاهده	• بررسی پرونده‌های پزشکی به‌منظور بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی مرتبط با خوانابودن دست خط پزشکان هنگام تجویز یا نوشتن دستورات پزشکی.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان خوانا بودن دست خط پزشکان را هنگام تجویز یا نوشتن دستورات پزشکی تضمین می‌نماید، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان خوانا بودن دست خط پزشکان را هنگام تجویز یا نوشتن دستورات پزشکی تضمین نمی‌نماید، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

C.4.2.2 بیمارستان انجام تلفیق دارویی[1] را هنگام بستری، انتقال و ترخیص بیماران تضمین می‌نماید.

معیارهای قابل‌سنجش

- فرایند استاندارد اجرایی تلفیق دارویی در کل بیمارستان؛
- سوابق آموزشی کارکنان در زمینه خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی تلفیق دارویی؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی تلفیق دارویی؛
- فرایند تلفیق دارویی هنگام پذیرش؛
- فرایند تلفیق دارویی هنگام انتقال و / یا ترخیص بیمار.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• اقدامات اجرایی استاندارد برای تلفیق دارویی. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی تلفیق دارویی. • گزارش‌هایی که شامل بررسی میزان تبعیت از خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی تلفیق دارویی می‌شوند. • بررسی نمونه‌ی تصادفی از پرونده‌های پزشکی به جهت تعیین اجرای تلفیق دارویی هنگام پذیرش. • بررسی نمونه‌ی تصادفی از پرونده‌های پزشکی به جهت تعیین اجرای تلفیق دارویی در هنگام انتقال و / یا ترخیص بیمار.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی وجود دارد که بیمارستان تلفیق دارویی را حین پذیرش، انتقال و ترخیص بیمار تضمین می‌نماید؟
مشاهده	• تلفیق دارویی هنگام پذیرش. • تلفیق دارویی هنگام انتقال و / یا ترخیص.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان تلفیق دارویی را حین پذیرش، انتقال و ترخیص بیمار اجرا و پایش می‌نماید، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان تلفیق دارویی را حین پذیرش، انتقال و ترخیص بیمار اجرا نمی‌نماید، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

1. Medication reconciliation

C.4.2.3 بیمارستان آموزش داروها را به بیمار یا مراقبین وی در زمان ترخیص تضمین می‌نماید.

معیارهای قابل‌سنجش

- فرایند آموزش بیماران و مراقبین آنها در مورد استفاده ایمن و مؤثر دارو، عوارض جانبی مورد انتظار، تداخلات احتمالی با سایر داروها و / یا غذا و مدیریت درد؛
- پرونده پزشکی بیمار که آموزش مصرف ایمن و مؤثر دارو به بیمار (یا مراقب وی) را در زمان ترخیص نشان می‌دهد؛
- خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی آموزش مصرف ایمن و مؤثر دارو به بیمار (یا مراقب وی) در زمان ترخیص؛
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی آموزش مصرف ایمن و مؤثر دارو به بیمار (یا مراقب وی) در زمان ترخیص؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی آموزش مصرف ایمن و مؤثر دارو به بیمار (یا مراقب وی) در زمان ترخیص.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی آموزش مصرف ایمن و مؤثر دارو به بیمار (یا مراقب وی) در زمان ترخیص. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی آموزش مصرف ایمن و مؤثر دارو به بیمار (یا مراقب وی) در زمان ترخیص. • گزارش‌هایی شامل بررسی میزان تبعیت از خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی آموزش مصرف ایمن و مؤثر دارو به بیمار (یا مراقب وی) در زمان ترخیص. • نمونه تصادفی پرونده پزشکی بایگانی شده بیمار، جهت بررسی آموزش دارو به بیمار (یا مراقب وی) در زمان ترخیص.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی وجود دارد که بیمارستان آموزش دارو در زمان ترخیص به بیمار (یا مراقب وی) را تضمین نماید؟
مشاهده	• آموزش بیمار (یا مراقب وی) در مورد دارو در زمان ترخیص.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان آموزش داروها را به بیمار (یا مراقب وی) در زمان ترخیص تضمین می‌نماید، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عملکرد بیمارستان با معیارهای قابل‌سنجش تا حدودی مطابقت داشته باشد، بخشی از امتیاز را می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان آموزش داروها را به بیمار (یا مراقب وی) در زمان ترخیص تضمین نمی‌نماید، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

C.4.2.4 بیمارستان تهیه غلظت‌های مختلف داروها را محدود و استاندارد می‌نماید.

معیارهای قابل‌سنجش

- فرایند استانداردسازی و محدود نمودن وجود غلظت‌های متعدد داروها در کل بیمارستان؛
- خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی استاندارد و محدود نمودن وجود غلظت‌های متعدد داروها؛
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی استانداردسازی و محدودکردن غلظت‌های متعدد دارو؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی استانداردسازی و محدود نمودن غلظت‌های متعدد داروها.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی استانداردسازی و محدود نمودن وجود غلظت‌های متعدد برای داروها. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی استاندارد و محدودسازی غلظت‌های متعدد برای داروها. • گزارش‌هایی که شامل بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی استاندارد و محدود نمودن غلظت‌های متعدد برای داروها است.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی مبنی‌بر استانداردسازی و محدود کردن استفاده از چندین غلظت دارو توسط بیمارستان وجود دارد؟
مشاهده	• انطباق با خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی استانداردسازی و محدود کردن غلظت‌های متعدد دارو.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان استفاده از چندین غلظت برای یک دارو را استاندارد و محدود نماید، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عملکرد بیمارستان مطابقت نسبی با معیارهای قابل‌سنجش داشته باشد، بخشی از امتیاز را می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان استفاده از چندین غلظت برای یک دارو را استاندارد و محدود نمی‌نماید، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

C.4.2.5 بیمارستان روال مشخصی برای مدیریت درد دارد و دسترسی به فرآورده‌های دارویی مخدر و ذخیره آن را طبق مقررات جاری کنترل می‌نماید.

معیارهای قابل‌سنجش

- فرایند ارزیابی و مدیریت درد در ارزیابی اولیه و به‌صورت مستمر؛
- خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی مدیریت درد؛
- فرایند کنترل دسترسی و انبارش داروهای مخدر و محصولات برنامه ریزی شده؛
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی مدیریت درد؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی مدیریت درد.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی مدیریت درد برای مدیریت درد، تجویز و انبارش مناسب داروهای مخدر و برنامه‌ریزی‌شده. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی مدیریت درد. • گزارش‌هایی که شامل بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی مدیریت درد است. • نمونه‌ی تصادفی از پرونده‌های پزشکی به‌منظور بررسی مستندات موجود برای ارزیابی مقیاس درد و مدیریت آن.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهد موجود بیانگر آن است که بیمارستان دارای روال مشخصی برای مدیریت درد است و دسترسی به داروهای مخدر و موارد برنامه‌ریزی شده را در بخش‌های بستری محدود نموده است؟
مشاهده	• تبعیت از مدیریت درد و انبارش داروهای مخدر برای تضمین ایمنی.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان، روال مشخصی برای مدیریت درد دارد و دسترسی به داروهای مخدر در بخش‌های بستری را کنترل می‌نماید، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان روال مشخصی برای مدیریت درد ندارد و دسترسی به داروهای مخدر در بخش‌های بستری را کنترل نمی‌نماید، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

C.4.2.6 بیمارستان دارای خط‌مشی و روش‌های اجرایی برای مدیریت خطاهای دارویی[1] است.

معیارهای قابل‌سنجش

- بیمارستان خطاهای دارویی و وقایع نزدیک به خطای دارویی را تعریف کرده است؛
- خط‌مشی و روش‌های اجرایی مدیریت خطاهای دارویی؛
- بیمارستان فرایندی را برای گزارش‌دهی و اقدام اصلاحی در خصوص خطاهای دارویی و وقایع نزدیک به خطای دارویی ایجاد و اجرا می‌کند؛
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی مدیریت خطاهای دارویی؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی مدیریت خطاهای دارویی؛
- ارتقاء بر اساس گزارش و بررسی خطاها اجرا شده و نتایج آن به‌منظور بهبود فرایند مدیریت دارویی به کارکنان ذیربط اعلام شده است؛
- کادر / مسئول پاسخگو برای اقدام در مورد گزارش‌ها و نتایج بررسی‌ها تعیین شده‌اند.

1. Medication errors

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی مدیریت خطاهای دارویی. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی مدیریت خطاهای دارویی. • گزارش‌های بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی مدیریت خطاهای دارویی. • گزارش درس‌های آموخته‌شده از تحلیل خطاهای دارویی.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهد موجود حاکی از آن است که بیمارستان خط‌مشی و روش‌های اجرایی مدیریت خطاهای دارویی را پیاده کرده است؟
مشاهده	• سیستم گزارش خطاهای دارویی.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان، خط‌مشی مرتبط با مدیریت خطاهای دارویی دارد و اجرای آن را به‌طور مستمر پایش می‌نماید، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان خط‌مشی مرتبط با مدیریت خطاهای دارویی نداشته باشد، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

C.4.3.1 بیمارستان داروسازان بالینی دارد که در فرایند تجویز دارو مشارکت داشته و سیستمی برای شناسایی تداخلات دارو – دارو و دارو – غذا دارد.

معیارهای قابل‌سنجش

- فرایند بررسی داروهای تجویز شده و سیستم هشدار برای تداخلات دارو با دارو و دارو با غذا و پیشنهاد گزینه‌های دیگر در صورت وجود تداخل دارویی؛
- خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی داروسازی بالینی برای شناسایی تداخلات دارو با دارو و دارو با غذا؛
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی داروسازی بالینی جهت شناسایی تداخلات دارو با دارو و دارو با غذا؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی داروسازی بالینی برای شناسایی تداخلات دارو با دارو و دارو با غذا.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی داروسازی بالینی برای شناسایی تداخلات دارو با دارو و دارو با غذا. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی داروسازی بالینی برای شناسایی تداخلات دارو با دارو و دارو با غذا. • گزارش‌هایی که شامل بررسی میزان تبعیت از خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی مرتبط با داروسازی بالینی برای شناسایی تداخلات دارو با دارو و دارو با غذا است. • بررسی نمونه‌ی تصادفی پرونده‌های پزشکی برای نشان‌دادن نقش داروسازی بالینی.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی مبنی‌بر مشارکت داروسازان بالینی در تجویز دارو و وجود سیستم شناسایی تداخلات دارو با دارو و دارو با غذا وجود دارد؟
مشاهده	• سیستم شناسایی تداخلات دارو با دارو و تداخل دارو با غذا.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان داروساز بالینی دارد که در تجویز دارو مشارکت کرده و سیستم شناسایی تداخلات دارو با دارو و دارو با غذا دارد، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان فاقد داروساز بالینی جهت مشارکت در تجویز داروها باشد و سیستم شناسایی تداخلات دارو با دارو و دارو با غذا نداشته باشد، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

حیطه D: محیط ایمن

حیطه	بیانیه استاندارد	تعداد معیار		
		الزامی	اساسی	پیشرفته
D. استانداردهای محیط ایمن	D.1 بیمارستان دارای محیط فیزیکی امن و ایمن برای بیماران، کارکنان، داوطلبان خدمت و ملاقات‌کنندگان است.	۰	۱۵	۱
	D.2 بیمارستان دارای سیستم ایمن مدیریت دفع پسماندها است.	۱	۵	۰
	مجموع	۱	۲۰	۱

D.1	سطح معیار	بیانیه معیار	راهنما برای شواهد انطباق
بیمارستان دارای محیط فیزیکی امن و ایمن برای بیماران، کارکنان، داوطلبان خدمت و ملاقات‌کنندگان است.	معیار اساسی	D.1.2.1 بیمارستان یک فرد مسئول برای بهداشت و ایمنی محیط دارد که با پشتیبانی یک کمیته چند تخصصی فعالیت می‌نماید.	• ساختار سازمانی. • شرح وظایف کمیته چندتخصصی بهداشت و ایمنی محیط.
		D.1.2.2 در طراحی بیمارستان، حداکثر توجه به ایجاد محیط ایمن، از جمله کنترل عفونت و جداسازی فضاهای تمیز و کثیف شده است.	بازدید محیط (به بخش ۳ مراجعه کنید).
		D.1.2.3 بیمارستان برای تجهیزات پزشکی و محیط فیزیکی خود برنامه تعمیر و نگهداشت پیشگیرانه دارد.	• صورت‌جلسات کمیته چندتخصصی بهداشت و ایمنی محیط. • سوابق برنامه تعمیر و نگهداری پیشگیرانه برای محیط فیزیکی. • خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای ایمنی ساختمان.
		D.1.2.4 بیمارستان یک برنامه مشخص جهت حفظ امنیت اجرا می‌نماید و در صورت لزوم از مناطق امن استفاده می‌نماید.	خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی امنیتی موجود و تأیید شده در زمان بازدید از بیمارستان: ○ امنیت واحد مدارک پزشکی. ○ محدودیت دسترسی به: بخش مراقبت‌های ویژه (ICU)، زایشگاه، واحد استریلیزاسیون مرکزی (CSSD)، اتاق عمل (OR)، مناطق خطرناک. ○ امنیت ترالی‌های دارو، اتاق‌های دارو و تریتمنت داروخانه‌ها. ○ دوربین مداربسته. ○ پرسنل امنیتی.
		D.1.2.5 بیمارستان تضمین می‌نماید که کارکنان کارت شناسایی خود را به‌نحوی که در معرض دید باشد، الصاق می‌نمایند.	خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی در مورد این که کارکنان دارای کارت شناسایی قابل مشاهده و یونیفرم مناسب هستند.
		D.1.2.6 بیمارستان برنامه مدیریت مخاطرات و بلایای داخلی و خارجی را تهیه کرده و آنها را به‌صورت آزمایشی اجرا می‌نماید.	• برنامه مدیریت مخاطرات داخلی. • برنامه مدیریت مخاطرات خارجی. • گزارش‌های دریل/ مانور برنامه فوریت‌های خارجی و داخلی گزارش‌های اجرای آزمایشی (مانور) مدیریت مخاطرات داخلی و خارجی.

D.1	سطح معیار	بیانیه معیار	راهنما برای شواهد انطباق
بیمارستان دارای محیط فیزیکی امن و ایمن برای بیماران، کارکنان، داوطلبان خدمت و ملاقات‌کنندگان است.	معیار اساسی	D.1.2.7 بیمارستان دارای سیستم نظارتی است که در صورت خرابی و نقص فنی خدمات حیاتی مانند برق، آب و گازهای طبی هشدار می‌دهد.	• بازدید محیط (به بخش ۳ مراجعه کنید).
		D.1.2.8 بیمارستان دارای برنامه ایمنی در برابر حریق است که شامل طرح تخلیه است.	• خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی ایمنی در برابر حریق. • بازدید محیط (به بخش ۳ مراجعه کنید).
		D.1.2.9 بیمارستان برنامه اثربخش جهت سیستم تأسیسات مشتمل‌بر آب، گازهای طبی و سوخت دارد.	• بازدید محیط (به بخش ۳ مراجعه کنید).
		D.1.2.10 بیمارستان دارای برنامه حفاظت در برابر اشعه است و یک فرد مشخص، مسئول اجرای آن می‌باشد.	• وجود یک فرد مشخص با مسئولیت ایمنی کارکنان و بیماران در زمان پروسیجرهای رادیوگرافی. • خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی حفاظت در برابر اشعه. • بازدید محیط (به بخش ۳ مراجعه کنید).
		D.1.2.11 علائم هشداردهنده در بیمارستان نصب شده‌اند که مناطق غیرایمن را مشخص می‌کنند.	• بازدید محیط (به بخش ۳ مراجعه کنید).
		D.1.2.12 بیمارستان برای بیماران، کارکنان و ملاقات‌کنندگان، غذا و نوشیدنی سالم و متناسب تدارک می‌بیند.	• خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی برای: ○ تأمین غذا و نوشیدنی سالم و مناسب برای بیماران، کارکنان و ملاقات‌کنندگان. ○ تفکیک فضاهای تمیز و کثیف در آشپزخانه و ناهارخوری. ○ کنترل عفونت در حین تهیه، نگهداری و توزیع غذا و نوشیدنی. ○ در دسترس بودن رژیم‌های غذایی خاص با توجه به بیماری و نیازهای هر بیمار. ○ غربالگری کارکنان و اخذ گواهی سلامت.
		D.1.2.13 محیط بیمارستان تمیز و پاکیزه است.	• خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی کاخداری بیمارستان. • بازدید محیط (به بخش ۳ مراجعه کنید).
		D.1.2.14 خطمشی ممنوعیت استعمال دخانیات در بیمارستان اجرا شده است.	• بازدید محیط (به بخش ۳ مراجعه کنید).
		D.1.2.15 بیمارستان سازوکارهایی برای اطمینان از وجود ذخایر پشتیبان برای خدمات پایه شامل گازهای طبی، آب و برق، و جایگزینی آن در صورت خرابی و نقص تأسیسات دارد.	• منبع انرژی بدون وقفه/ژنراتور برق؛ این ژنراتور باید در عرض ۱۰ ثانیه پس از قطع برق شروع به کار کند و بتواند به مدت دو ساعت برق تولید کند. • ذخیره پشتیبان تأمین آب. • ذخیره پشتیبان تأمین گازهای طبی.
	معیار پیشرفته	D.1.3.1 بیمارستان دارای مدیریت خودکار اطلاعات و سیستم مدارک پزشکی الکترونیک با سیستم پشتیبانی متناسب است.	• خطمشی‌های ایجاد، مدیریت و کنترل پرونده الکترونیک پزشکی.

D.1.2.1 بیمارستان یک فرد مسئول برای بهداشت و ایمنی محیط دارد که با پشتیبانی یک کمیته چند تخصصی فعالیت می‌نماید.

معیارهای قابل‌سنجش

- نامه ابلاغ مسئول تعیین شده همراه با شرح وظایف؛
- نامه ابلاغ کمیته چند تخصصی بهداشت و ایمنی محیط؛
- شرح وظایف کمیته چند تخصصی بهداشت و ایمنی محیط؛
- صورت‌جلسات کمیته چند تخصصی بهداشت و ایمنی محیط.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• نامه ابلاغ مسئول تعیین شده همراه با شرح وظایف. • نامه ابلاغ کمیته چند تخصصی بهداشت و ایمنی محیط. • شرح وظایف کمیته چند تخصصی بهداشت و ایمنی محیط. • صورت‌جلسات کمیته چند تخصصی بهداشت و ایمنی محیط.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مربوطه: آیا شواهدی وجود دارد که بیمارستان دارای کمیته چند تخصصی بهداشت و ایمنی محیط است؟
مشاهده	• در این مورد کاربردی ندارد.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان دارای کمیته چند تخصصی بهداشت و ایمنی محیط می‌باشد که به‌طور منظم تشکیل جلسه می‌دهد، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان دارای کمیته چند تخصصی بهداشت و ایمنی محیط نباشد، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

D.1.2.2 در طراحی بیمارستان حداکثر توجه به ایجاد محیط ایمن، از جمله کنترل عفونت و جداسازی فضاهای تمیز و کثیف شده است.

معیارهای قابل‌سنجش

- رعایت مقررات کشوری، قوانین و مقررات مربوط به ساختمان بیمارستان؛
- در صورت عدم وجود مقررات کشوری، و قوانین و مقررات مربوط به ساختمان بیمارستان:
  - نصب علائم راهنما در اطراف بیمارستان.
  - کف ساختمان از نظر خطر سقوط ایمن است (کف‌ها مقاوم در برابر لغزش و خشک هستند).
  - کف ساختمان با معیارهای پیشگیری و کنترل عفونت مطابقت دارد (تمیز، خوب تعمیر شده، به‌عنوان مثال بدون ترک، دیوارهای بدون زاویه).
  - کاشی‌های سقف با معیارهای پیشگیری و کنترل عفونت مطابقت دارد (تمیز، خوب تعمیر شده، به‌عنوان مثال بدون ترک، هیچ کدام نیفتاده‌اند).

- حمام‌ها دارای دستگیره برای جلوگیری از سقوط هستند.
- بیماران دارای نیازهای خاص و معلولیت به تمام بخش‌ها دسترسی دارند و نیازهای آنها برآورده می‌شود (حمام، شیب‌ها و غیره).
- زنگ احضار پرستار در دسترس هستند، کار می‌کنند و قابل استفاده برای بیماران در تخت و حمام هستند.
- ویلچرها و برانکاردها تمیز و سالم هستند، و در همه مناطق قابل‌استفاده هستند.
- چراغ‌های روشنایی سالم هستند و تعداد آنها کافی است.
- پریزهای برق ایمن در بخش‌های اطفال نصب شده است.
- تمام اتصالات که ممکن است توسط بیماران به‌عنوان ابزاری برای خودکشی استفاده شوند (مانند میله‌های پرده)، به‌صورتی طراحی شده‌اند که جدا شوند.
- مناطق تمیز و کثیف جداسازی شده‌اند.
- وجود الزامات ایمنی در قبال حریق و خروجی ایمن.
- در اتاق‌های عمل و واحد استریلیزاسیون مرکزی جریان کار به‌نحوی تنظیم شده است که مدخل ورودی و خروجی از هم تفکیک شده است.
- تهویه مناسب از طریق تهویه مطبوع یا تهویه متقاطع[1] ایجاد شده است.
- سیستم تهویه دارای فیلتر هپا است و قابل‌تنظیم می‌باشد.
- روشویی‌های مناسب، به‌عنوان مثال، در اتاق‌های بیماران، درمانگاه‌ها و ایستگاه‌های پرستاری وجود دارند.
- حریم شخصی بیمار حفظ شده است.
- نیازهای معنوی و دینی بیماران برآورده شده است.
- از محل‌هایی که در حال ساخت‌وساز و تعمیرات هستند از خروج گردوغبار، سر و صدا و لرزش جلوگیری شده و این مناطق ایمن شده‌اند.
- اتاق فشار مثبت که قابل تنظیم است.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

1. Cross-ventilation

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• صورت‌جلسات کمیته چند تخصصی بهداشت و ایمنی محیط. • نقشه‌های ساختمانی.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مربوطه: آیا شواهدی وجود دارد که نشان دهد در طراحی بیمارستان حداکثر توجه به ایجاد یک محیط ایمن، شامل رعایت موازین کنترل عفونت شده است؟
مشاهده	• رعایت مقررات کشوری، قوانین و مقررات مربوط به ساختمان بیمارستان. • علائم راهنما در اطراف بیمارستان نصب شده است. • کف ساختمان از نظر خطر سقوط ایمن هست (کف‌مقاوم در برابر لغزش و خشک هستند). • کف ساختمان با معیارهای پیشگیری و کنترل عفونت مطابقت دارد (تمیز، خوب تعمیر شده، به‌عنوان مثال بدون ترک، دیوارهای بدون زاویه). • کاشی‌های سقف با معیارهای پیشگیری و کنترل عفونت مطابقت دارد (تمیز، خوب تعمیر شده، به‌عنوان مثال بدون ترک، هیچ کدام نیفتاده‌اند). • حمام‌ها دارای دستگیره برای جلوگیری از سقوط هستند. • بیماران دارای نیازهای خاص و معلولیت به تمام بخش‌ها دسترسی دارند و نیازهای آنها برآورده می‌شود (حمام، شیب‌ها و غیره). • زنگ احضار پرستار در دسترس هستند، کار می‌کنند و قابل استفاده برای بیماران در تخت و حمام هستند. • ویلچرها و برانکاردها تمیز و در شرایط عملیاتی خوب هستند، و در همه مناطق قابل‌استفاده هستند. • چراغ‌های روشنایی سالم بوده و تعداد آنها کافی است. • پریزهای برق ایمن در بخش‌های اطفال نصب شده است. • تمام اتصالاتی که دارای خطر بالقوه برای خودکشی از طریق حلق‌آویز کردن هستند به‌صورتی طراحی شده‌اند که جدا شوند، به‌عنوان مثال، میله‌های پرده. • مناطق تمیز و کثیف جداسازی شده‌اند. • وجود الزامات ایمنی در قبال حریق و خروجی ایمن. • در اتاق‌های عمل و جریان کار استریلیزاسیون، معابر ورودی و خروجی جداگانه وجود دارد. • تهویه مناسب از طریق تهویه مطبوع یا تهویه متقابل ایجاد شده است. • تهویه دارای فیلترهای هوای ذرات با راندمان بالا و قابل تنظیم است. • روشویی‌های مناسب، به‌عنوان مثال، در اتاق‌های بیماران، درمانگاه‌ها و ایستگاه‌های پرستاری وجود دارند. • حریم شخصی بیمار حفظ شده است. • نیازهای معنوی و دینی بیماران برآورده شده است. • از خروج گردوغبار، سر و صدا و لرزش از محل‌هایی که در حال ساخت‌وساز و تعمیرات هستند جلوگیری شده و این مناطق ایمن شده‌اند. • اتاق فشار مثبت که قابل تنظیم است.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که طراحی بیمارستان به‌نحوی باشد که ایمنی محیط را تأمین می‌نماید، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که طراحی بیمارستان به‌نحوی باشد که ایمنی محیط را تأمین نمی‌نماید، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

D.1.2.3 بیمارستان برای تجهیزات پزشکی و محیط فیزیکی خود برنامه تعمیر و نگهداشت پیشگیرانه دارد.

معیارهای قابل‌سنجش

- صورت‌جلسات کمیته چند تخصصی بهداشت و ایمنی محیط؛
- سوابق برنامه نگهداشت پیشگیرانه برای محیط فیزیکی؛
- خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی برای ایمنی ساختمان؛
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی ایمنی ساختمان؛
- فرایند اندازه‌گیری انطباق با خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی ایمنی ساختمان.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• صورت‌جلسات کمیته چند تخصصی بهداشت و ایمنی محیط. • سوابق برنامه نگهداشت پیشگیرانه برای محیط فیزیکی. • خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی برای ایمنی ساختمان. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی ایمنی ساختمان. • فرایند بررسی میزان تبعیت از خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی ایمنی ساختمان.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مربوطه: آیا شواهدی وجود دارد که این بیمارستان برای محیط فیزیکی خود یک برنامه نگهداشت پیشگیرانه دارد؟
مشاهده	• اقداماتی که اجرای برنامه را نشان می‌دهد.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان برنامه حفظ و نگهداشت پیشگیرانه برای محیط فیزیکی خود داشته باشد، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان برنامه حفظ و نگهداشت پیشگیرانه برای محیط فیزیکی خود نداشته باشد، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

D.1.2.4 بیمارستان یک برنامه مشخص جهت حفظ امنیت اجرا می‌نماید و در صورت لزوم از مناطق امن استفاده می‌نماید.

معیارهای قابل‌سنجش

- خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی امنیتی – حفاظتی؛
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی امنیتی – حفاظتی؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی امنیتی – حفاظتی؛
- مدارک پزشکی امن؛
- اتاق‌های عمل امن؛
- بخش‌های مراقبت ویژه امن؛
- ترالی‌های دارو، اتاق‌های تریتمنت و داروخانه‌های امن؛
- بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان امن؛
- بخش‌های زایمان امن؛
- درب نواحی خطرناک و سایر مناطق امن در صورت لزوم قفل می‌شوند؛
- امنیت مواد خطرناک؛
- کارکنان و ملاقات‌کنندگان در هنگام ورود و خروج از مناطق ویژه از روش‌های اجرایی امنیتی پیروی می‌کنند.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی امنیتی – حفاظتی. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی امنیتی – حفاظتی. • گزارش‌هایی مربوط به بررسی میزان تبعیت از خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی امنیتی – حفاظتی.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مربوطه: آیا شواهدی مبنی‌بر اجرای برنامه امنیتی وجود دارد؟
مشاهده	• رعایت خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی امنیتی – حفاظتی. • دوربین‌های امنیتی. • کارکنان امنیتی. • مدارک پزشکی امن. • اتاق‌های عمل امن. • بخش‌های مراقبت ویژه امن. • بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان امن. • بخش‌های زایمان امن. • ترالی‌های دارو، اتاق‌های تریتمنت و داروخانه‌های ایمن. • درب نواحی خطرناک و سایر مناطق امن در صورت لزوم قفل شوند. • مواد خطرناک به‌طور مناسب برچسب خورده و انبار می‌شوند. • کارکنان و ملاقات‌کنندگان در هنگام ورود و خروج از نواحی حساس از روش‌های اجرایی امنیتی پیروی کنند.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان یک برنامه مشخص جهت حفظ امنیت اجرا نمی‌نماید، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان یک برنامه مشخص جهت حفظ امنیت اجرا نمی‌نماید، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

D.1.2.5 بیمارستان تضمین می‌نماید که کارکنان کارت شناسایی خود را به‌نحوی که در معرض دید باشد، الصاق می‌نمایند.

معیارهای قابل‌سنجش

- خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی در خصوص الصاق کارت شناسایی قابل مشاهده و پوشیدن یونیفرم مناسب توسط کارکنان؛
- سوابق آموزش کارکنان در مورد خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی شناسایی کارکنان؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی شناسایی کارکنان.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی در خصوص الصاق کارت شناسایی قابل مشاهده و پوشیدن یونیفرم مناسب توسط کارکنان. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی شناسایی کارکنان. • گزارش‌هایی که شامل بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی شناسایی کارکنان است.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مربوطه: آیا شواهدی وجود دارد که نشان دهد که کارت شناسایی کارکنان در معرض دید قرار دارد؟
مشاهده	• کارکنان با کارت شناسایی قابل‌مشاهده و لباس فرم مناسب.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان تضمین می‌نماید که کارکنان کارت‌های شناسایی را الصاق نموده و در معرض دید بیماران قرار می‌دهند، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان تضمین نمی‌نماید که کارکنان کارت‌های شناسایی را الصاق نموده و در معرض دید بیماران قرار دهند، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

D.1.2.6 بیمارستان برنامه مدیریت مخاطرات و بلایای داخلی و خارجی را تهیه کرده و آنها را به‌صورت آزمایشی اجرا می‌نماید.

معیارهای قابل‌سنجش

- برنامه برای مدیریت مخاطرات و بلایای داخلی؛
- برنامه برای مدیریت مخاطرات و بلایای خارجی؛
- فرایند ارزیابی اجرای آزمایشی برنامه مدیریت مخاطرات و بلایای داخلی و خارجی.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• برنامه برای مدیریت مخاطرات و بلایای داخلی. • برنامه برای مدیریت مخاطرات و بلایای خارجی. • گزارش‌هایی که شامل بررسی وضعیت اجرای برنامه مدیریت مخاطرات و بلایای داخلی و خارجی است.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مربوطه: آیا شواهدی وجود دارد که کارکنان بیمارستان، اجرای برنامه مدیریت مخاطرات و بلایای داخلی و خارجی را به‌صورت آزمایشی تمرین می‌کنند؟ • اگر یک مورد اضطراری خارجی رخ دهد، چه اتفاقی می‌افتد؟ • آیا تجهیزات لازم برای پاسخ به موارد اضطراری تعمیر شده و در محلی امن (قفل شده) قرار دارند؟ • آیا داروها و تجهیزات پزشکی لازم برای موارد اضطراری آماده و در دسترس هستند؟ • از سه نفر از کارکنان سؤال کنید: ○ آیا برای اعلام موارد اضطراری و بلایای خارجی و داخلی کد ویژه‌ای وجود دارد؟ ○ آیا تجهیزات لازم برای پاسخ به موارد اضطراری تعمیر شده و در محلی امن (قفل شده) قرار دارند؟ ○ آیا داروها و تجهیزات پزشکی لازم برای موارد اضطراری آماده و در دسترس هستند؟
مشاهده	• جدول مربوط به پاسخ به کدهای اضطراری مختلف در ایستگاه پرستاری یا در مکانی قابل مشاهده در بخش وجود دارد (در صورت اقتضاء).

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان برنامه‌هایی برای مدیریت مخاطرات و بلایای داخلی و خارجی داشته و آنها را اجرا می‌نماید، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان نه برای موارد مخاطرات داخلی و نه برای مخاطرات خارجی برنامه‌ای نداشته باشد، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

D.1.2.7 بیمارستان دارای سیستم نظارتی است که در صورت خرابی و نقص فنی خدمات حیاتی مانند برق، آب و گازهای طبی هشدار می‌دهد.

معیارهای قابل‌سنجش

- خطمشی‌های پایش به‌منظور شناسایی زودهنگام موارد خرابی و نقص فنی مربوط به خدمات حیاتی؛
- خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی برای علائم هشداردهنده؛
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی برای نحوه پاسخگویی و واکنش به هشدارهای مربوط به خدمات حیاتی؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی برای پاسخگویی به هشدارهای مربوط به خدمات حیاتی.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی برای پاسخ به هشدارهای مربوط به خدمات حیاتی. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی نحوه پاسخگویی و واکنش به هشدارهای مربوط به نقص و خرابی در خدمات حیاتی. • گزارش‌هایی که شامل بررسی میزان تبعیت از خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی پاسخگویی به علائم هشداردهنده نقص و خرابی در خدمات حیاتی است.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مربوطه: آیا سیستم نظارتی وجود دارد که در صورت در معرض خطر بودن خدمات حیاتی هشدار دهد؟ • آیا کارکنان آموزش‌های لازم را در خصوص پاسخگویی به هشدارهای مربوط به خدمات حیاتی و نحوه مقابله با آنها دیده‌اند؟
مشاهده	• استقرار سیستم پایش و کنترل خدمات حیاتی.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که در بیمارستان سیستم پایش ویژه برای خطرات مرتبط با خدمات حیاتی وجود دارد، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که در بیمارستان سیستم پایش ویژه برای خطرات مرتبط با خدمات حیاتی وجود نداشته باشد، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

D.1.2.8 بیمارستان دارای برنامه ایمنی در برابر حریق است که شامل طرح تخلیه است.

معیارهای قابل‌سنجش

- خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی ایمنی در برابر حریق و دود؛
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی ایمنی در برابر حریق و دود؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی ایمنی در برابر حریق و دود؛
- طرح تخلیه حریق در سرتاسر بیمارستان نصب شده است؛
- کپسول‌های آتش‌نشانی، آلارم‌ها و سیستم‌های تخلیه تعمیر شده و آماده هستند؛

- تابلوهای نشان‌دهنده راه‌های خروجی مشخص هستند؛
- تمامی درب‌های خروجی ضدحریق می‌باشند؛
- بیمارستان دارای خروجی‌های آتش‌سوزی و راه‌پله‌های فرار است؛
- تمام کپسول‌های آتش‌نشانی دارای برچسب‌های تاریخ انقضا و امضا هستند؛
- مایعات قابل‌اشتعال به‌طور ایمن و در مقادیر مطمئن ذخیره می‌شوند؛
- زمانی که کپسول‌های اکسیژن استفاده نمی‌شوند درپوش محافظ سوپاپ آنها در جای خود قرار دارد؛
- کپسول‌های پر و خالی اکسیژن به‌طور جداگانه و در وضعیت عمودی ذخیره می‌شوند؛
- کلیه کپسول‌ها در سایه و دمای صحیح به دور از نور مستقیم خورشید و منابع حرارت‌زا ذخیره می‌شوند؛
- تمام کپسول‌های گاز فشرده با زنجیر بسته شده و یا ایمن شده‌اند.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی ایمنی در برابر حریق و دود. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی ایمنی در برابر حریق و دود. • گزارش‌هایی که شامل بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی ایمنی در برابر حریق و دود است.
مصاحبه‌ها	• در زمان آتش‌سوزی چه اتفاقی می‌افتد؟
مشاهده	• تبعیت از برنامه ایمنی حریق و دود و طرح تخلیه. • جداول مربوط به پاسخ به کدهای اضطراری مختلف که در ایستگاه پرستاری یا در مکانی قابل رؤیت در بخش وجود دارند. • برنامه تخلیه در زمان آتش‌سوزی در سرتاسر بیمارستان نصب شده است. • کپسول‌های آتش‌نشانی، سیستم هشدار و تخلیه تعمیر شده و آماده هستند. • تابلوهای نشان‌دهنده راه‌های خروجی مشخص هستند. • تمامی درب‌های خروجی ضدحریق هستند. • بیمارستان دارای خروجی‌های آتش‌سوزی و راه‌پله‌های فرار است. • تمام کپسول‌های آتش‌نشانی دارای برچسب تاریخ انقضا و امضا هستند. • مایعات قابل‌اشتعال به‌طور ایمن و در مقادیر مطمئن ذخیره می‌شوند. • زمانی که کپسول‌های اکسیژن استفاده نمی‌شوند، درپوش محافظ سوپاپ آنها در جای خود قرار دارد. • کپسول‌های پر و خالی اکسیژن به‌طور جداگانه و در وضعیت عمودی ذخیره می‌شوند. • کلیه کپسول‌ها در سایه و دمای صحیح به دور از نور مستقیم خورشید و منابع حرارت‌زا ذخیره می‌شوند. • تمام کپسول‌های گاز فشرده با زنجیر بسته شده و یا ایمن شده‌اند.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان برنامه ایمنی در برابر حریق همراه با طرح تخلیه را اجرا می‌نماید، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان برنامه ایمنی در برابر حریق همراه با طرح تخلیه نداشته باشد، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

D.1.2.9 بیمارستان برنامه اثربخش جهت سیستم تأسیسات مشتمل‌بر آب، گازهای طبی و سوخت دارد.

معیارهای قابل‌سنجش

- برنامه سیستم تأسیسات؛
- خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی برای تعمیر و نگهداشت پیشگیرانه سیستم تأسیسات بیمارستان؛
- برنامه پشتیبانی جایگزین در صورت خرابی یا نقص فنی سیستم تأسیسات؛
- آموزش کارکنان در مورد خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی برای تعمیر و نگهداشت پیشگیرانه سیستم تأسیسات بیمارستان؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از خطمشی‌ها، روش‌های اجرایی و برنامه‌های سیستم تأسیسات بیمارستان.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• برنامه سیستم تأسیسات. • خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی برای تعمیر و نگهداشت پیشگیرانه سیستم تأسیسات. • برنامه پشتیبانی جایگزین در صورت خرابی یا نقص فنی سیستم تأسیسات. • آموزش کارکنان در مورد خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی مربوط به سیستم تأسیسات. • گزارش‌هایی که شامل بررسی میزان تبعیت از خطمشی‌ها، روش‌های اجرایی و برنامه‌های سیستم تأسیسات می‌باشد.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مربوطه: آیا شواهدی دال‌بر وجود برنامه‌ای مؤثر برای سیستم تأسیسات موجود است؟ آیا این برنامه شامل: آب، گازهای طبی، سوخت، سیستم‌های ارتباطی، تعمیر و نگهداشت پیشگیرانه و برنامه پشتیبانی، در صورت خرابی یا نقص فنی است؟
مشاهده	• انطباق با خطمشی‌ها، روش‌های اجرایی و برنامه‌های سیستم تأسیسات.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان دارای برنامه‌ای اثربخش جهت سیستم تأسیسات مشتمل‌بر آب، گازهای طبی، سوخت و سیستم‌های ارتباطی باشد که شامل برنامه تعمیر و نگهداشت پیشگیرانه و برنامه پشتیبانی جایگزین در صورت خرابی یا نقص فنی آن باشد، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان دارای برنامه‌ای اثربخش جهت سیستم تأسیسات نباشد، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

D.1.2.10 بیمارستان دارای برنامه حفاظت در برابر اشعه می‌باشد و یک فرد مشخص، مسئول اجرای آن می‌باشد.

معیارهای قابل‌سنجش

- نامه ابلاغ فرد مسئول همراه با شرح وظایف ایشان؛
- خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی حفاظت در برابر اشعه؛
- آموزش و سوابق آموزش مداوم کارکنان رادیولوژی و تصویربرداری تشخیصی در زمینه خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی حفاظت در برابر اشعه؛
- تجهیزات و وسایل حفاظتی ایمن متناسب با اقدامات و مخاطرات مربوط به اشعه و تصویربرداری تشخیصی در دسترس کارکنان، بیماران و ملاقات‌کنندگان در مناطقی که خدمات رادیولوژی و تصویربرداری تشخیصی ارائه می‌شود، وجود دارند؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی حفاظت در برابر اشعه.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• نامه ابلاغ فرد مسئول همراه با شرح وظایف ایشان. • خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی حفاظت در برابر اشعه. • آموزش و سوابق آموزش مداوم کارکنان رادیولوژی و تصویربرداری تشخیصی که در زمینه خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی حفاظت در برابر اشعه آموزش دیده‌اند. • فهرست تجهیزات و وسایل حفاظتی ایمن در دسترس کارکنان، بیماران و ملاقات‌کنندگان و محل قرارگرفتن آنها در مکان‌هایی که خدمات رادیولوژی و تصویربرداری تشخیصی ارائه می‌شوند. • گزارش‌هایی که شامل بررسی میزان تبعیت از خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی حفاظت در برابر اشعه است.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مربوطه: آیا شواهدی دال‌بر وجود برنامه حفاظت در برابر اشعه وجود دارد؟
مشاهده	• انطباق با برنامه حفاظت در برابر اشعه. • کارکنان دوزیمترهای اشعه را می‌پوشند. • کارکنان از پیش‌بندهای حفاظت در برابر اشعه که به‌خوبی تعمیر شده و بدون ترک هستند، استفاده می‌نمایند.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان دارای برنامه حفاظت در برابر اشعه باشد، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان دارای برنامه حفاظت در برابر اشعه نباشد، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

D.1.2.11 علائم هشداردهنده در بیمارستان نصب شده‌اند که مناطق غیرایمن را مشخص می‌کنند.

معیارهای قابل‌سنجش

- خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی برای علائم هشداردهنده، شامل مشخص کردن مناطق ایمن و دسترسی محدود؛
- سوابق آموزش کارکنان در مورد خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی برای علائم هشداردهنده؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی برای علائم هشداردهنده.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی برای علائم هشداردهنده، شامل مشخص کردن مناطق ایمن و دسترسی محدود. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی مربوط به علائم هشداردهنده. • گزارش‌هایی که شامل بررسی میزان تبعیت از خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی مربوط به علائم هشداردهنده است.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مربوطه: آیا شواهدی وجود دارد که در بیمارستان مناطق غیر ایمن با علائم هشداردهنده مشخص شده‌اند؟
مشاهده	• علائم هشداردهنده مناطق غیر ایمن که در صورت لزوم شامل این موارد هستند: جعبه فیوز برق، اشعه، مواد رادیواکتیو، تعمیرات و ساخت و ساز.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که در بیمارستان فضاهای غیرایمن با نصب علائم هشداردهنده معین شده باشند، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- صورتی که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که در بیمارستان فضاهای غیرایمن با نصب علائم هشداردهنده معین نشده باشند، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

D.1.2.12 بیمارستان برای بیماران، کارکنان و ملاقات‌کنندگان، غذا و نوشیدنی سالم و متناسب تدارک می‌بیند.

معیارهای قابل‌سنجش

- رعایت قوانین و مقررات ملی؛
- خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی در مورد غذا و نوشیدنی سالم و متناسب برای بیماران، کارکنان و ملاقات‌کنندگان؛
- خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی برای برنامه‌های ایمنی آشپزخانه؛
- رژیم‌های غذایی خاص با توجه به بیماری‌ها و نیازهای هر بیمار؛
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی مربوطه؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی در مورد غذا و نوشیدنی ایمن؛
- غربالگری و گواهی سلامت کارکنان.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• قوانین و مقررات ملی در مورد ایمنی غذا و نوشیدنی. • خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی در مورد غذا و نوشیدنی متناسب و ایمن برای بیماران، کارکنان و ملاقات‌کنندگان. • خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی برای برنامه های ایمنی آشپزخانه. • رژیم‌های غذایی خاص با توجه به بیماری ها و نیازهای هر بیمار. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی مربوطه. • گزارش‌هایی که شامل بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی در مورد غذا و نوشیدنی ایمن هستند. • غربالگری و گواهی سلامت کارکنان.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مربوطه: آیا شواهدی وجود دارد که در این بیمارستان غذا و نوشیدنی متناسب و ایمن برای بیماران، کارکنان و ملاقات‌کنندگان عرضه می‌شود؟
مشاهده	• رعایت مقررات مربوط به غذا و نوشیدنی ایمن. • جداسازی سبزیجات و میوه‌ها از گوشت و ماکیان. • کنترل دمای یخچال. • جداسازی غذای پخته و خام. • برنامه ایمنی آشپزخانه. • تجهیزات حفاظت فردی کارکنان.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان برای بیماران، کارکنان و ملاقات‌کنندگان بیمارستان مواد غذایی و آشامیدنی سالم و متناسب تدارک می‌بیند، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان برای بیماران، کارکنان و ملاقات‌کنندگان بیمارستان مواد غذایی و آشامیدنی سالم و متناسب تدارک نمی‌بیند، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

D.1.2.13 محیط بیمارستان تمیز و پاکیزه است.

معیارهای قابل‌سنجش

- خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی مربوط به کاخداری بیمارستان؛
- سوابق آموزش کارکنان در مورد خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی مربوط به کاخداری بیمارستان؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی مربوط به کاخداری بیمارستان.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی مربوط به کاخداری بیمارستان. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی مربوط به کاخداری بیمارستان. • گزارش‌هایی که شامل بررسی میزان تبعیت از خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی مربوط به کاخداری بیمارستان هستند.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مربوطه: آیا شواهدی وجود دارد که نشان دهد محیط بیمارستان تمیز و پاکیزه است؟
مشاهده	• رعایت استانداردهای محیط پاک. • سطوح، جداسازی ملحفه‌های تمیز و کثیف، نظافت عمومی.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که محیط بیمارستان تمیز و پاکیزه است، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که محیط بیمارستان تمیز و پاکیزه نیست، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

D.1.2.14 خطمشی ممنوعیت استعمال در بیمارستان دخانیات اجرا شده است.

معیارهای قابل‌سنجش

- خطمشی ممنوعیت استعمال دخانیات؛
- سوابق آموزش کارکنان در مورد خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی مربوط به ممنوعیت استعمال دخانیات؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی مربوط به ممنوعیت استعمال دخانیات.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• خطمشی ممنوعیت استعمال دخانیات. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی مربوط به ممنوعیت استعمال دخانیات. • گزارش‌هایی که شامل بررسی میزان تبعیت از خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی مربوط به ممنوعیت استعمال دخانیات هستند.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مربوطه: آیا شواهدی وجود دارد که در این بیمارستان خطمشی ممنوعیت استعمال دخانیات اجرا می‌شود؟
مشاهده	• انطباق با خطمشی ممنوعیت استعمال دخانیات.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که در بیمارستان خطمشی ممنوعیت استعمال دخانیات اجرا می‌شود، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که در بیمارستان خطمشی ممنوعیت استعمال دخانیات وجود دارد، اما به‌طور کامل اجرا نمی‌شود، بخشی از امتیاز را می‌گیرد؛
- در صورتی‌که در بیمارستان خطمشی ممنوعیت استعمال دخانیات وجود ندارد، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

D.1.2.15 بیمارستان سازوکارهایی برای اطمینان از وجود منابع پشتیبان برای خدمات پایه شامل گازهای طبی، آب و برق، و جایگزینی آن در صورت خرابی و نقص در تأسیسات دارد.

معیارهای قابل‌سنجش

- خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی مربوط به وجود منبع پشتیبان برای خدمات پایه؛
- منبع انرژی بدون وقفه / ژنراتور برق؛ این ژنراتور باید در عرض ۱۰ ثانیه پس از قطع برق شروع به‌کار کند و بتواند به‌مدت دو ساعت برق تولید کند؛
- ذخیره پشتیبان تأمین آب؛
- ذخیره پشتیبان تأمین گازهای طبی.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی مربوط به وجود ذخیره پشتیبان برای خدمات پایه. • اقدامات اضطراری برای مقابله با هرگونه مشکلی که خدمات پایه شامل برق، آب و گاز طبی با آن مواجه می‌شوند.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مربوطه: آیا نحوه فعال‌سازی / استفاده از ذخایر پشتیبان برای خدمات پایه در هنگام نیاز مشخص است؟
مشاهده	• وجود ژنراتور تولیدکننده برق؛ این ژنراتور باید در عرض ۱۰ ثانیه پس از قطع برق شروع به‌کار کند و بتواند به‌مدت دو ساعت برق تولید کند. • ذخیره پشتیبان تأمین آب. • ذخیره پشتیبان تأمین گازهای طبی.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان دارای سیستم پشتیبان خدمات پایه و اجزای آن است، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان دارای سیستم نامشخص یا ذخایر ناکافی جهت پشتیبانی خدمات پایه است، بخشی از امتیاز را می‌گیرد؛
- در صورتی‌که در بیمارستان ذخایر پشتیبان برای خدمات پایه وجود ندارد، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

D.1.3.1 بیمارستان دارای مدیریت خودکار اطلاعات و مدارک پزشکی الکترونیک با سیستم پشتیبانی متناسب است.

معیارهای قابل‌سنجش

- سیستم مدیریت خودکار (اتوماتیک) اطلاعات و مدارک پزشکی الکترونیک با سیستم پشتیبانی متناسب[1]؛
- خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی مربوط به مدیریت خودکار (اتوماتیک) اطلاعات و مدارک پزشکی الکترونیک؛
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی مدیریت خودکار (اتوماتیک) اطلاعات و مدارک پزشکی الکترونیک؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی مدیریت خودکار (اتوماتیک) اطلاعات و مدارک پزشکی الکترونیک.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

1. Backup system

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی مربوط به مدیریت خودکار اطلاعات و مدارک پزشکی الکترونیک. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی مدیریت خودکار اطلاعات و مدارک پزشکی الکترونیک. • گزارش‌هایی که شامل بررسی میزان تبعیت از خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی مدیریت خودکار اطلاعات و مدارک پزشکی الکترونیک هستند.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مربوطه: آیا شواهدی وجود دارد که بیمارستان دارای مدیریت اتوماتیک اطلاعات و مدارک پزشکی الکترونیک با سیستم پشتیبانی متناسب است؟
مشاهده	• وجود مدیریت اتوماتیک اطلاعات و پرونده الکترونیک پزشکی با سیستم پشتیبانی متناسب.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان دارای مدیریت خودکار اطلاعات و مدارک پزشکی الکترونیک با سیستم پشتیبانی متناسب می‌باشد، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان دارای نظام مدیریت خودکار اطلاعات و مدارک پزشکی الکترونیک با سیستم پشتیبانی متناسب نباشد، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

D.2	سطح معیار	بیانیه معیار	راهنما برای شواهد انطباق
بیمارستان دارای سیستم ایمن دفع مدیریت پسماندها است.	معیار الزامی	D.2.1.1 بیمارستان راهنمای مدیریت پسماندهای نوک‌تیز و بُرنده را رعایت می‌نماید.	راهنماها (از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت) در مورد مدیریت پسماندهای تیز و بُرنده.
	معیار اساسی	D.2.2.1 بیمارستان راهنماهای مدیریت ایمن پسماند، از جمله نگهداری و دفع ایمن پسماند را رعایت می‌نماید.	راهنماها (از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت) در مورد مدیریت ایمن پسماندهای ناشی از خدمات سلامت.
		D.2.2.2 بیمارستان راهنماهای مدیریت پسماندهای بیولوژیک را رعایت می‌نماید.	راهنماها (از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت) در مورد مدیریت پسماندهای بیولوژیک.
		D.2.2.3 بیمارستان راهنماهای مدیریت پسماندهای شیمیایی را رعایت می‌نماید.	راهنماها (از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت) در مورد مدیریت پسماندهای شیمیایی.
		D.2.2.4 بیمارستان راهنماهای مدیریت پسماندهای رادیولوژیک را رعایت می‌نماید.	راهنماها (از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت) در مورد مدیریت پسماندهای رادیولوژیک.
		D.2.2.5 بیمارستان پسماندها را بر اساس سطح خطر از مبدأ تفکیک و کدبندی رنگی می‌نماید.	خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی تفکیک پسماند با توجه به سطح خطر و کدبندی رنگی آنها.

D.2.1.1 بیمارستان راهنماهای مدیریت پسماندهای نوک‌تیز و بُرنده را رعایت می‌نماید.

معیارهای قابل‌سنجش

- راهنماها (از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت) در مورد مدیریت دفع پسماندهای نوک‌تیز و بُرنده.
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه راهنماهای مدیریت دفع پسماندهای نوک‌تیز و بُرنده.
- فرایند بررسی میزان تبعیت از راهنماهای مدیریت دفع پسماندهای نوک‌تیز و بُرنده.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• راهنماها (از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت) در مورد مدیریت دفع پسماندهای نوک‌تیز و بُرنده. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه راهنماهای مدیریت دفع پسماندهای نوک‌تیز و بُرنده. • فرایند بررسی میزان تبعیت از راهنماهای مربوط به مدیریت دفع پسماندهای نوک‌تیز و بُرنده.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مربوطه: آیا شواهدی وجود دارد که بیمارستان راهنماهای مدیریت دفع پسماندهای نوک‌تیز و بُرنده را رعایت می‌نماید؟
مشاهده	• دفع اجسام نوک‌تیز در ظروف ایمن[1].

1. Safety box

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان راهنماهای مدیریت دفع پسماندهای نوک‌تیز و بُرنده، از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت را رعایت می‌نماید، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان راهنماهای مدیریت دفع پسماندهای نوک‌تیز و بُرنده، از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت را رعایت نمی‌نماید، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

D.2.2.1 بیمارستان راهنماهای مدیریت ایمن پسماند، از جمله نگهداری و دفع ایمن پسماند را رعایت می‌نماید.

معیارهای قابل‌سنجش

- راهنماها (از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت) در مورد مدیریت دفع ایمن پسماندهای ناشی از خدمات سلامت؛
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه راهنماهای مدیریت دفع ایمن پسماندهای ناشی از خدمات سلامت؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از راهنماهای مدیریت دفع ایمن پسماندهای ناشی از خدمات سلامت.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• راهنماها (از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت) در مورد مدیریت دفع ایمن پسماندهای ناشی از خدمات سلامت. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه راهنماهای مدیریت دفع ایمن پسماندهای ناشی از خدمات سلامت. • فرایند بررسی میزان تبعیت از راهنماهای مدیریت دفع ایمن ناشی از خدمات سلامت.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مربوطه: آیا شواهدی وجود دارد که این بیمارستان راهنماهای مدیریت ایمن پسماندهای ناشی از خدمات سلامت را رعایت می‌نماید ؟
مشاهده	• رعایت راهنماهای مدیریت پسماند.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان، راهنماهای مدیریت ایمن دفع پسماندهای ناشی از خدمات سلامت از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت را رعایت می‌نماید، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان راهنماهای مدیریت ایمن دفع پسماندهای ناشی از خدمات سلامت را رعایت نمی‌نماید، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

D.2.2.2 بیمارستان راهنماهای مدیریت پسماندهای بیولوژیک را رعایت می‌نماید.

معیارهای قابل‌سنجش

- راهنماها (از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت) در مورد مدیریت دفع ایمن پسماندهای بیولوژیک؛
- سوابق آموزشی کارکنان در مورد مدیریت دفع پسماندهای بیولوژیک؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از راهنماهای مدیریت دفع پسماندهای بیولوژیک.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• راهنماها (از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت) در مورد مدیریت دفع پسماندهای بیولوژیک. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه مدیریت دفع پسماندهای بیولوژیک. • فرایند بررسی میزان تبعیت از راهنماهای مربوط به مدیریت دفع پسماندهای بیولوژیک.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مربوطه: آیا شواهدی وجود دارد که این بیمارستان راهنماهای مدیریت پسماندهای بیولوژیک را رعایت می‌نماید؟
مشاهده	• رعایت راهنماهای مدیریت دفع پسماندهای بیولوژیک.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان راهنماهای مدیریت دفع پسماندهای بیولوژیک، از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت را رعایت می‌نماید، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان راهنماهای مدیریت دفع پسماندهای بیولوژیک را رعایت نمی‌نماید، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

D.2.2.3 بیمارستان راهنماهای مدیریت پسماندهای شیمیایی را رعایت می‌نماید.

معیارهای قابل‌سنجش

- راهنماها (از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت) در مورد مدیریت دفع پسماندهای شیمیایی؛
- سوابق آموزش کارکنان در مورد راهنماهای دفع پسماندهای شیمیایی؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از راهنماهای دفع پسماندهای شیمیایی.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• راهنماها از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت در مورد مدیریت دفع پسماندهای شیمیایی. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه راهنماهای مدیریت دفع پسماندهای شیمیایی. • فرایند بررسی میزان تبعیت از راهنماهای مربوط به مدیریت دفع پسماندهای شیمیایی.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مربوطه: آیا شواهدی وجود دارد که این بیمارستان راهنماهای مدیریت دفع پسماندهای شیمیایی را رعایت می‌نماید؟
مشاهده	• رعایت راهنماهای مدیریت دفع پسماندهای شیمیایی.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان راهنماهای مدیریت دفع پسماندهای شیمیایی، از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت را رعایت می‌نماید، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان راهنماهای مدیریت دفع پسماندهای شیمیایی را رعایت نمی‌نماید، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

D.2.2.4 بیمارستان راهنماهای مدیریت پسماندهای رادیولوژیک را رعایت می‌نماید.

معیارهای قابل‌سنجش

- راهنماها (از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت) در مورد مدیریت پسماندهای رادیولوژیک؛
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه راهنماهای مدیریت پسماندهای رادیولوژیک؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از راهنماهای مدیریت پسماندهای رادیولوژیک.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• راهنماها (از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت) در مورد مدیریت پسماندهای رادیولوژیک. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه راهنماهای مدیریت پسماندهای رادیولوژیک. • فرایند بررسی میزان تبعیت از راهنماهای مربوط به مدیریت پسماندهای رادیولوژیک.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مربوطه: آیا شواهدی وجود دارد که این بیمارستان راهنماهای مدیریت پسماندهای رادیولوژیک را رعایت می‌نماید؟
مشاهده	• رعایت راهنماهای مدیریت پسماندهای رادیولوژیک.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان راهنماهای مدیریت پسماندهای رادیولوژیک از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت را رعایت می‌نماید، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان راهنماهای مدیریت پسماندهای رادیولوژیک را رعایت نمی‌نماید، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

D.2.2.5 بیمارستان پسماندها را بر اساس سطح خطر از مبدأ تفکیک و کدبندی رنگی می‌نماید.

معیارهای قابل‌سنجش

- خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی تفکیک پسماند با توجه به سطح خطر و کدبندی رنگی آنها (توصیه‌ها در آدرس زیر در دسترس هستند):
https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/wastemanag/en
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی تفکیک پسماند؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی تفکیک پسماند.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی تفکیک پسماند با توجه به سطح خطر (راهنما را ملاحظه کنید) و کدبندی رنگی آنها. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی تفکیک پسماند. • فرایند بررسی میزان تبعیت از خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی تفکیک پسماند.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مربوطه: آیا شواهدی وجود دارد که این بیمارستان پسماندها را بر اساس سطح خطر در مبدأ تفکیک می‌نماید (راهنما را ملاحظه کنید) و آنها را کدبندی رنگی می‌کند؟
مشاهده	• تفکیک پسماند با توجه به سطح خطر (راهنما را ملاحظه کنید) و کدبندی رنگی آنها.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان پسماندها را بر اساس سطح خطر در مبدا تفکیک می‌نماید و آنها را کدبندی رنگی می‌نماید، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان پسماندها را بر اساس سطح خطر تفکیک نکرده و آنها را کدبندی رنگی نمی‌نماید، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

حیطه E: آموزش مداوم

حیطه	بیانیه استاندارد	تعداد معیار		
		الزامی	اساسی	پیشرفته
استانداردهای آموزش مداوم	E.1 بیمارستان برنامه مشخص و ویژه‌ای برای ارتقای حرفه‌ای کارکنان دارد که ایمنی بیمار در آن جایگاه ویژه‌ای دارد.	۱	۱	۰
	E.2 پژوهش‌ها و پروژه‌های بهبود کیفیت مرتبط با ایمنی بیمار به‌طور مستمر در بیمارستان انجام می‌شود.	۰	۱	۲
	کل	۱	۲	۲

E.1	سطح معیار	بیانیه معیار	راهنما برای شواهد انطباق
بیمارستان برنامه مشخص و ویژه‌ای برای ارتقای حرفه‌ای کارکنان دارد که ایمنی بیمار در آن جایگاه ویژه‌ای دارد.	معیار الزامی	E.1.1.1 تمامی کارکنان بیمارستان دوره آموزش توجیهی در زمینه ایمنی بیمار را گذرانده‌اند.	برنامه توجیهی ایمنی بیمار شامل موارد زیر است: ○ ایمنی در برابر حریق. ○ جابه‌جایی دستی وسایل و تجهیزات. ○ بهداشت دست. ○ کنترل و پیشگیری از عفونت. ○ مدیریت خطر و استفاده از سیستم گزارش‌دهی. ○ نیدل استیک.
	معیار اساسی	E.1.2.1 بیمارستان برنامه‌های آموزش مداوم را برای کلیه کارکنان به‌منظور تضمین ارائه خدمات ایمن به بیماران و احترام به حقوق بیماران اجرا می‌نماید.	فرایند: ○ اطمینان از شناسایی نیازهای آموزشی کارکنان و رفع این نیازها با ارائه آموزش مداوم برای همه کارکنان به‌منظور ارائه خدمات ایمن به بیماران و احترام به حقوق بیمار توسط کارکنان. ○ به‌روزرسانی موضوعات ارائه شده در برنامه توجیهی کارکنان.

E.1.1.1 تمامی کارکنان بیمارستان دوره آموزش توجیهی در زمینه ایمنی بیمار را گذرانده‌اند.

معیارهای قابل‌سنجش

- برنامه توجیهی ایمنی بیمار به‌عنوان مثال، خطمشی‌ها و روش‌های اجرایی و راهنماها؛
- فرایند آموزش کارکنان در مورد استفاده از ابزارهای پژوهش علمی برای رسیدگی به مشکلات ایمنی بیمار به‌عنوان مثال" ابزار تریگر" (سرنخ‌های کلی برای سنجش وقایع ناخواسته[1]) ارائه شده توسط انستیتوی بهبود خدمات بهداشتی و درمانی[2]؛
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه ابزارهای پژوهش علمی و روش‌های گذشته‌نگر و آینده‌نگر در ارتباط با مشکلات ایمنی بیمار؛
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه ایمنی بیمار در طی ارائه برنامه توجیهی؛
- فرایند بررسی وضعیت اجرای برنامه آموزش توجیهی در زمینه ایمنی بیمار.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• برنامه آموزش توجیهی در زمینه ایمنی بیمار. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه ایمنی بیمار در طی اجرای برنامه توجیهی کارکنان. • گزارش‌هایی که شامل بررسی وضعیت اجرای برنامه آموزش توجیهی ایمنی بیمار است. • پرونده‌های پرسنلی کارکنان که حاوی شواهدی از اجرای برنامه توجیهی ایمنی بیمار است.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی وجود دارد که کلیه کارکنان بیمارستان برنامه آموزش توجیهی ایمنی بیمار را گذرانده‌اند؟
مشاهده	• در این مورد کاربردی ندارد.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که ۸۰ تا ۱۰۰ درصد از کارکنان بیمارستان برنامه آموزش توجیهی در زمینه ایمنی بیمار را گذرانده باشند، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که ۶۰ تا ۷۹ درصد از کارکنان بیمارستان برنامه آموزش توجیهی در زمینه ایمنی بیمار را گذرانده باشند، بخشی از امتیاز تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که کمتر از ۶۰ درصد از کارکنان بیمارستان برنامه آموزش توجیهی در زمینه ایمنی بیمار را گذرانده باشند، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

1. Global trigger tool for measuring adverse events
2. Institute for Healthcare Improvement (IHI)

E.1.2.1 بیمارستان برنامه‌های آموزش مداوم را برای کلیه کارکنان به‌منظور تضمین ارائه خدمات ایمن به بیماران و احترام به حقوق بیماران اجرا می‌نماید.

معیارهای قابل‌سنجش

- فرایند شناسایی نیازهای آموزشی کارکنان و رفع آن با ارائه آموزش‌های مداوم برای همه کارکنان به‌منظور اطمینان از ارائه خدمات ایمن به بیمار؛
- فرایند آموزش کارکنان در مورد استفاده از ابزارهای علمی پژوهش به‌منظور شناسایی و تعیین مشکلات ایمنی بیمار؛
- سوابق آموزش کارکنان در خصوص ابزارهای علمی پژوهش و روش‌های گذشته‌نگر و آینده‌نگر به‌منظور شناسایی و تعیین مشکلات ایمنی بیمار؛
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه ارائه خدمات ایمن به بیماران بر اساس نیازهای آموزشی فردی آنها؛
- سوابق آموزش کارکنان در مورد جنبه‌های حقوق بیمار و نحوه احترام به آنها؛
- فرایند بررسی وضعیت اجرای آموزش‌های مداوم برای کلیه کارکنان به‌منظور تضمین استانداردهای خدمات ایمن به بیماران.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• سوابق آموزش کارکنان در خصوص ابزارهای علمی پژوهش و روش‌های گذشته‌نگر و آینده‌نگر برای رفع مشکلات ایمنی بیمار. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه ارائه خدمات ایمن به بیماران بر اساس نیازهای آموزشی فردی آنها. • گزارش‌هایی که شامل بررسی وضعیت اجرای برنامه آموزش مداوم کارکنان به‌منظور اطمینان از استانداردهای مراقبت ایمن از بیمار است. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه جنبه‌های حقوق بیمار و نحوه احترام به آنها.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی وجود دارد که بیمارستان برنامه‌های آموزش مداوم را برای کلیه کارکنان به‌منظور تضمین ارائه خدمات ایمن به بیماران اجرا می‌نماید؟ • کارکنان مرتبط: آیا شواهدی وجود دارد که بیمارستان برنامه‌های آموزش مداوم را برای کلیه کارکنان به‌منظور رعایت حقوق بیماران توسط کارکنان اجرا می‌نماید؟
مشاهده	• اقدامات مربوط به حمایت از حقوق بیمار.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان به‌منظور تضمین ارائه خدمات ایمن به بیماران، برنامه آموزش مداوم را برای ۱۰۰–۸۰ درصد کارکنان به اجرا می‌گذارد، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان به‌منظور تضمین ارائه خدمات ایمن به بیماران، برنامه آموزش مداوم را برای ۷۹–۶۰ درصد از کارکنان به اجرا می‌گذارد، بخشی از امتیاز را می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان به‌منظور تضمین ارائه خدمات ایمن به بیماران، برنامه آموزش مداوم را برای ۶۰ درصد از کارکنان یا کمتر از آن به اجرا می‌گذارد، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

E.2	سطح معیار	بیانیه معیار	راهنما برای شواهد انطباق
پژوهش‌ها و پروژه‌های بهبود کیفیت مرتبط با ایمنی بیمار به‌طور مستمر در بیمارستان انجام می‌شود.	معیار اساسی	E.2.2.1 کلیه پژوهش‌ها بر اساس نیازهای بیمارستان به تأیید گروه داخلی ایمنی بیمار یا سایر کمیته‌های مربوطه رسیده و پایش می‌گردد.	شرح فعالیت‌های کمیته اخلاق در پژوهش.
	معیار پیشرفته	E.2.3.1 بیمارستان در راستای بهبود ایمنی خدمات ارائه شده، مطالعات گذشته‌نگر، آینده‌نگر، و / یا مقطعی را به‌منظور ارزیابی وسعت، شدت و ماهیت وقایع ناخواسته به‌طور سالانه اجرا می‌نماید.	به‌منظور اطمینان از ارائه خدمات ایمن به بیماران، مطالعات و گزارش‌های آینده‌نگر، گذشته‌نگر و مقطعی با استفاده از روش سازمان جهانی بهداشت به‌منظور ارزیابی شدت، وسعت و ماهیت وقایع ناخواسته حداقل به‌صورت سالانه انجام می‌شود.
		E.2.3.2 بیمارستان به‌منظور ارتقای فعالیت‌های ایمنی بیمار، پروژه‌های بهبود کیفیت را اجرا می‌نماید.	• فرایند آموزش کارکنان در خصوص استفاده از ابزارهای بهبود کیفیت، به‌عنوان مثال چرخه برنامه – عمل – بررسی – اجرا (PDSA). • شواهد پروژه‌های بهبود کیفیت.

E.2.2.1 کلیه پژوهش‌ها بر اساس نیازهای بیمارستان به تأیید گروه داخلی ایمنی بیمار یا سایر کمیته‌های مربوطه رسیده و پایش می‌گردد.

معیارهای قابل‌سنجش

- خطمشی و روش‌های اجرایی در مورد پژوهش‌های مرتبط با ایمنی بیمار؛
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه خطمشی و روش‌های اجرایی پژوهش‌های مرتبط با ایمنی بیمار؛
- فرایند بررسی میزان تبعیت از خطمشی و روش‌های اجرایی پژوهش‌های مرتبط با ایمنی بیمار؛
- صورت‌جلسات گروه داخلی ایمنی بیمار یا کمیته مربوطه.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• خطمشی و روش‌های اجرایی پژوهش‌های مرتبط با ایمنی بیمار. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه خطمشی و روش‌های اجرایی پژوهش‌های مرتبط با ایمنی بیمار. • گزارش‌هایی که شامل بررسی میزان تبعیت از خطمشی و روش‌های اجرایی پژوهش‌های مرتبط با ایمنی بیمار است. • صورت‌جلسات گروه داخلی ایمنی بیمار یا کمیته مربوطه.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی وجود دارد که کلیه پژوهش‌های مرتبط با ایمنی بیمار با توجه به نیاز بیمارستان توسط گروه داخلی ایمنی بیمار بیمارستان تأیید و پایش می‌شود؟
مشاهده	• در این مورد کاربردی ندارد.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که کلیه پژوهش‌های ایمنی بیمار توسط گروه داخلی ایمنی بیمار با توجه به نیازهای بیمارستان تأیید شده و پایش می‌شود، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که تمام پژوهش‌های مرتبط با ایمنی بیمار توسط گروه داخلی ایمنی بیمار با توجه به نیاز بیمارستان تأیید یا پایش نشود، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

E.2.3.1 بیمارستان در راستای بهبود ایمنی خدمات ارائه شده، مطالعات گذشته‌نگر، آینده‌نگر، و/یا مقطعی را به‌منظور ارزیابی وسعت، شدت و ماهیت وقایع ناخواسته به‌طور سالانه اجرا می‌نماید.

معیارهای قابل‌سنجش

- مطالعات و گزارش‌های آینده‌نگر، گذشته‌نگر و یا مقطعی با استفاده از روش سازمان جهانی بهداشتی به‌منظور ارزیابی وسعت، شدت و ماهیت وقایع ناخواسته برای اطمینان از ارائه خدمات ایمن به بیماران، که به‌طور منظم حداقل سالی یک‌بار اجرا می‌شود؛
- راهنمای روش‌شناسی سازمان جهانی بهداشت برای مستندسازی آسیب‌های وارده به بیمار.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه، صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• مطالعات و گزارش‌های آینده‌نگر، گذشته‌نگر و یا مقطعی به‌منظور ارزیابی وسعت، شدت و ماهیت وقایع ناخواسته برای اطمینان از ایمنی ارائه خدمات به بیماران، که به‌صورت سالانه اجرا می‌شود.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی وجود دارد که بیمارستان به‌طور منظم مطالعات آینده‌نگر را به‌منظور ارزیابی وسعت، شدت و ماهیت وقایع ناخواسته برای اطمینان از ایمنی ارائه خدمات اجرا می‌کند؟
مشاهده	• در این مورد کاربردی ندارد.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان سالانه مطالعات آینده‌نگر، گذشته‌نگر و یا مقطعی را برای ارزیابی وسعت و ماهیت وقایع ناخواسته انجام می‌دهد، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان مطالعات آینده‌نگر برای ارزیابی وسعت و ماهیت وقایع ناخواسته انجام نمی‌دهد، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

E.2.3.2 بیمارستان به‌منظور ارتقاء فعالیت‌های ایمنی بیمار، پروژه‌های بهبود کیفیت را اجرا می‌نماید.

معیارهای قابل‌سنجش

- سوابق برنامه‌ریزی، اجرا، پایش و ارزیابی پروژه‌های بهبود کیفیت که ایمنی بیمار را ارتقاء می‌دهند؛
- سوابق آموزش کارکنان در زمینه اجرا و پیاده‌سازی پروژه‌های بهبود کیفیت و فعالیت‌های ایمنی بیمار؛
- گزارش‌های پایش در خصوص استفاده از پروژه‌های بهبود کیفیت قابل ارتقاء و پایدار.

فرایند ارزیابی

- مستندات درج شده در بخش «فرایند بررسی» را مرور و بازبینی کنید؛
- با انجام مصاحبه صحت اطلاعات را احراز نمایید؛
- راهنمای نحوه امتیازدهی را به‌صورت کامل بخوانید.

فرایند بررسی

مستنداتی که باید بررسی شوند.	• سوابق برنامه‌ریزی، اجرا، پایش و ارزیابی پروژه‌های بهبود کیفیت که ایمنی بیمار را ارتقاء می‌دهند. • سوابق آموزش کارکنان در زمینه پیاده‌سازی و اجرای پروژه‌های بهبود کیفیت و فعالیت‌های ایمنی بیمار. • گزارش پایش موارد استفاده از پروژه‌های بهبود کیفیت قابل ارتقاء و پایدار.
مصاحبه‌ها	• کارکنان مرتبط: آیا شواهدی برای استفاده از پروژه‌های بهبود کیفیت به‌منظور بهبود ایمنی بیمار وجود دارد؟
مشاهده	• در این مورد کاربردی ندارد.

راهنمای امتیازدهی

- در صورتی‌که بیمارستان پروژه‌های بهبود کیفیت را به‌منظور بهبود ایمنی بیمار اجرا می‌نماید، امتیاز کامل تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که عناصر قابل اندازه‌گیری در بیمارستان به‌صورت نسبی اجرا شده است، امتیاز نسبی تعلق می‌گیرد؛
- در صورتی‌که بیمارستان ایمنی بیمار را به‌عنوان هدف برخی از پروژه‌های بهبود کیفیت خود در نظر نگیرد یا اصلاً پروژه‌ای در این خصوص نداشته باشد، امتیازی تعلق نمی‌گیرد.

بخش سوم. ابزار ارزیابی چارچوب بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار

بخش سوم: این بخش در جمع‌آوری داده‌ها از طریق مرور مستندات، مشاهده و مصاحبه به بیمارستان و تیم ارزیاب کمک خواهد کرد. این ابزارهای ارزیابی جنبه مطلق و قطعی علمی ندارند و صرفاً پیشنهاداتی را برای روش ارزیابی ارائه می‌دهند.

پیشگفتار

این بخش به‌منظور کمک در جمع‌آوری داده به بیمارستان و تیم ارزیاب از طریق مرور مستندات، مشاهده و مصاحبه تهیه شده است. این ابزارهای ارزیابی جنبه مطلق و قطعی ندارند و صرفاً پیشنهاداتی را برای ارزیابی ارائه می‌دهند. عناوین مستندات در هر کشور می‌تواند وابسته به ملاحظات آن کشور متفاوت باشد، به‌طور مثال، در یک کشور، برنامه عملیاتی می‌تواند برنامه سالانه نامیده شود. این مسئولیت تیم ارزیاب است که تا جایی که ممکن است شواهد را طوری کنار هم بگذارند تا هر معیار به شکلی منصفانه و مداوم ارزیابی شود. مسئولیت بیمارستان این است که شفاف بوده و مستندات و داده‌های معتبر منطبق با هر معیار را ارائه نماید. برای تسهیل کار ارزیابی، پیشنهاد می‌شود بیمارستان مستندات را با یک ترتیب منطقی ارائه دهد.

این بخش دارای چهار جزء به شرح ذیل است: (الف) اطلاعاتی مختصر در مورد بیمارستان؛ (ب) مرور مستندات: فهرستی از مستندات اصلی پنج حیطه؛ (ج) دستورالعمل‌هایی برای بازدید بخش‌های پرخطر؛ و (د) ابزارهای مصاحبه: که شامل چندین پرسشنامه است که به گردآوری اطلاعات خاص از کارکنان و بیماران در طول ارزیابی کمک خواهد کرد. همچنین در بخش مصاحبه دستور کار بازدید از مراکز تحت ارزیابی و الگوی تهیه گزارش ارزیابی پیشنهاد شده است.

الف. بیمارستان در یک نگاه

۱) نام بیمارستان؛
۲) فهرست خدماتی که توسط بیمارستان ارائه می‌شود؛
۳) برخی آمار و اطلاعات از جمله؛
- تعداد تخت بستری (که در حال حاضر فعال هستند)؛
- متوسط تعداد بستری روزانه؛
- پذیرش سالیانه درمانگاه / ویزیت سرپایی؛
- پذیرش سالیانه بخش اورژانس؛
- آمار موالید سالانه؛
- طول مدت بستری؛
- شاخص اِشغال تخت / ضریب اِشغال؛
- مرگ‌ومیر؛

۴) پنج مورد از شایع‌ترین تشخیص اصلی بیماران ترخیصی و پنج مورد از شایع‌ترین اعمال جراحی انجام شده در بیمارستان؛
۵) فهرست خدمات پشتیبانی که در بیمارستان ارائه می‌شود؛
۶) فهرست تمام خدماتی که بیمارستان برون‌سپاری کرده است؛
۷) در صورتی‌که بیمارستان دارای آمبولانس است، ذکر فرمایید؛
۸) شرح وضعیت فیزیکی: تمام ساختمان‌های وابسته به بیمارستان را فهرست کنید؛
۹) آیا در طول ۱۲ ماه گذشته حادثه‌ای رخداده است که مراقبت از بیمار را تحت‌تأثیر قرار داده باشد و مایل هستید با تیم ارزیاب به اشتراک بگذارید؟

ب. لیست مستندات

در ادامه لیست مستندات مرتبط با هرکدام از حیطه‌های پنج‌گانه ارائه شده است. تعدادی از معیارها امکان دارد توسط یک مستند پوشش داده شوند، لذا این لیست کامل نیست. برای کمک به تیم ارزیاب جهت آشنایی بیشتر با بیمارستان حین ارزیابی، مستنداتی که ستاره خورده‌اند (*)، باید دو هفته قبل از ارزیابی برای تیم ارزیاب ارسال شوند.

به‌طورکلی تمام خط‌مشی‌ها، روش‌های اجرایی و راهنماها باید مبتنی‌بر شواهد باشند، تاریخ داشته باشند، توسط فردی که مسئولیت و اختیار دارد، امضا شده باشند و گردش آنها کنترل شده باشد. شواهد برای لیست توزیع، آموزش مربوطه و نحوه بررسی وضعیت تبعیت از آنها باید موجود باشند. نسخه چاپی یا الکترونیک تمام شواهد در همه بخش‌ها باید در دسترس باشد.

همه مستندات باید توسط فرد مسئول مربوطه امضا شده و دارای تاریخ باشد. در ابتدای ارزیابی، مستندات بررسی می‌شوند و در ادامه، اجرایی‌شدن مستندات از طریق مصاحبه و مشاهده تأیید می‌شود. چارچوب بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار قصد ندارد منجر به بوروکراسی و یا تولید مستندات بیش از حد در بیمارستان گردد و لذا توصیه می‌شود بیشتر برروی تأیید انطباق با معیارها با استفاده از داده تمرکز کنید.

۱. حیطه A: رهبری و مدیریت

مستندات	شواهدی که باید در نظر گرفته شوند.
*برنامه راهبردی (استراتژیک) بلندمدت	• فعالیت‌های مرتبط با ایمنی بیمار. • بیانیه مأموریت، چشم‌انداز و ارزش‌ها
برنامه عملیاتی کوتاه‌مدت و بودجه	• اهداف سالانه. • بودجه در نظر گرفته شده برای برنامه ایمنی بیمار. • اهداف به‌دست آمده.
*ساختار سازمانی	خطوط ارتباط سازمانی مسئولیت و گزارش‌دهی برای همه سِمَت‌ها. حداقل یک نفر مسئول برای هر بخش یا خدمت در بیمارستان مشخص شده است. یک فرد می‌تواند مسئول و پاسخگوی چندین خدمت به‌صورت همزمان باشد. به‌عنوان مثال: پیشگیری و کنترل عفونت، مدیریت خطر و ایمنی بیمار.
بازدیدهای مدیریتی	• فرد مسئول. • شرح وظایف تیم بازدید مدیریتی. • فعالیت‌های انجام شده. • ارائه بازخورد به کارکنان.
بودجه برنامه ایمنی بیمار	بودجه یا باید دارای یک ردیف اختصاصی باشد یا در قالب سایر برنامه‌ها (به‌طور مثال، کنترل عفونت یا آموزش کارکنان) تخصیص‌یافته باشد.
کد اخلاق	• ساختار حمایتی تصمیم‌گیری بالینی. • خط‌مشی‌های احیا. • خط‌مشی‌های اخلاق در پژوهش.
فرایند ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار	این ارزیابی را می‌توان از طریق یک ابزار استاندارد (مانند پرسشنامه آژانس کیفیت و تحقیقات مراقبت سلامت[1] یا معادل آن)، پرسشنامه‌های ایمنی بیمار یا یک رویکرد کیفی اجرا نمود.

1. Agency for Healthcare Research and Quality-(AHRQ)

مستندات	شواهدی که باید در نظر گرفته شوند.
حمایت و بزرگداشت روزهایی که سازمان جهانی بهداشت به‌عنوان روز ایمنی بیمار نام‌گذاری کرده است.	• روز جهانی بهداشت دست، ۵ می (معادل ۱۵ اردیبهشت). • روز جهانی ایمنی بیمار، ۱۷ سپتامبر (معادل ۲۶ شهریور).
شرح وظایف کمیته‌ها: • کمیته مرگ‌ومیر • کمیته ایمنی و مدیریت خطر • کمیته بهداشت و ایمنی محیط	توجه داشته باشید که عناوین کمیته‌ها می‌توانند متفاوت باشد. • فهرست اعضای کمیته‌ها. • صورت‌جلسه کمیته‌ها. • مثال‌هایی از بررسی موارد و همچنین فعالیت‌های انجام شده.
*برنامه مدیریت خطر	• فرایند شناسایی و کاهش خطرات، سیستم گزارش وقایع ناخواسته. • برگه ثبت ریسک / صفحه گسترده که برای ردیابی و ارزیابی نظام‌مند خطرات و اثرات بالقوه آنها و همچنین راهبردهای کاهش خطر طراحی شده است. این صفحه شامل فضاهایی هست که توصیف خطر، دارندگان خطر، عوامل محرک و همچنین برنامه عملیاتی زمان‌بندی شده را شامل می‌شود. • فهرستی از «وقایعی که هرگز نباید اتفاق بیفتند» و روش پیشگیری از آنها. این وقایع خطاهای جدی پزشکی تلقی می‌شوند (به‌عنوان مثال، موضع اشتباه عمل جراحی یا زخم فشاری ناشی از بستری بیمار در بیمارستان). • چگونگی ارائه بازخورد در مورد خطر و اینکه چگونه به کارکنان و مدیران اطلاع‌رسانی شود. • آموزش کارکنان در مورد فرایند گزارش‌دهی حوادث.
راهبردهای ارتباطات	• فرد کلیدی مسئول. • فرایند گردش اطلاعات: ○ روال‌ها. ○ موارد پرخطر. • خط‌مشی‌ها برای: ○ تحویل بالینی (تبادل اطلاعات بالینی)، از جمله راهبرد وضعیت، پیشینه، ارزیابی و پیشنهادها (SBAR). ○ دستورات تلفنی، شامل «بازخوانی» دستور شفاهی یا دستور تلفنی که توسط گیرنده نوشته می‌شود و سپس این دستور دوباره توسط گیرنده پیام خوانده شده و در نهایت توسط فردی که دستور را داده است، تأیید می‌شود. ○ گزارش نتایج بحرانی آزمایش‌ها. ○ خط‌مشی استفاده از اختصارات (کلمات مخفف).
*برنامه ایمنی بیمار	• برنامه زمان‌بندی ممیزی‌های بالینی و محیطی. • شاخص‌های اصلی عملکرد.[1] • برنامه‌های عملیاتی. • گزارش به کارکنان. • نتایج فرایند محک‌زنی: ○ بهترین تجارب بین‌المللی. ○ تجارب سایر مراکز در زمینه چارچوب بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار.

1. Key performance indicators

مستندات	شواهدی که باید در نظر گرفته شوند.
برنامه نگهداشت پیشگیرانه تجهیزات	• ثبت اموال کلیه تجهیزات. • برنامه آزمایش‌های معمول و کالیبراسیون. • فرایند تعویض تجهیزات معیوب. • مستندات ثبت شده آموزش‌های کارکنان.
برنامه منابع انسانی	• تعداد پرسنل مورد نیاز برای ارائه خدمت. • خط‌مشی اعتبارسنجی مدارک و صلاحیت کارکنان. • برنامه توسعه حرفه‌ای.
برنامه بهداشت حرفه‌ای	• آموزش مراقبت از سلامتی حین کار با دست. • ایمن‌سازی (واکسیناسیون) و غربالگری. • برنامه‌های پیشگیری از خشونت. • سلامت کارکنان ○ تعیین زمان‌هایی برای استراحت. ○ سلامت روان. ○ ارزیابی محل کار (محیط فیزیکی کار).
*خط‌مشی کنترل و تدوین خط‌مشی‌ها	• سیستمی مبنی‌بر وجود الگویی یکنواخت برای تدوین خط‌مشی‌ها. • سیستم کنترل مستندات از جمله تاریخ بررسی، تاریخ انتشار، فرد مسئول، امضا توسط فرد مسئول.
پرونده‌های پزشکی	خط‌مشی‌ها: ○ مفاد پرونده پزشکی. ○ ایجاد شناسه اختصاصی برای هر بیمار. ○ تأیید هویت بیمار. ○ درخواست اطلاعات از بیماران. ممیزی: ○ کامل بودن پرونده‌های پزشکی. ○ خوانا بودن نوشته‌ها. ○ در دسترس بودن پرونده بیمار.

۲. حیطه B: مشارکت بیماران و جامعه

مستندات	شواهدی که باید در نظر گرفته شوند.
منشور حقوق بیمار مدون و مصوب که ایمنی بیمار در آن لحاظ شده است.	منشور حقوق بیمار شامل موارد زیر است، اما به این موارد محدود نیست: ○ دسترسی به درمان در بیمارستان. ○ احترام به عقاید فرهنگی و معنوی بیماران و ترجیحات فردی ایشان. ○ اطلاع و مشارکت بیماران از تمام تصمیمات پزشکی در طول دوره درمان. ○ تقدیرات / شکایات. ○ امتناع از دریافت درمان. ○ امنیت، حریم خصوصی و حفظ محرمانگی. ○ مدیریت درد. ○ دسترسی به اطلاعات در مورد خدمات بیمارستانی و نتایج درمان.
خط‌مشی رضایت آگاهانه	• فهرست پروسیجرهای بالینی که رضایت آگاهانه برای آنها لازم است، اما فقط محدود به این موارد نیست، شامل پروسیجرهای تهاجمی، جراحی‌ها، بیهوشی، ترانسفوزیون خون، اقدامات پرخطر، درمان‌های پرخطر، اهدا و پیوند اعضا است. • فرم رضایت آگاهانه در تمام بخش‌هایی که باید باشد، وجود دارد. • فرم رضایت آگاهانه که تکمیل شده و امضا شده است و دارای تاریخ و زمان است و در پرونده پزشکی بیمار موجود است.
خط‌مشی احراز هویت بیمار	• احراز و تأیید هویت بیمار با استفاده از دو شناسه قبل از دادن دارو به بیمار، قبل از هر پروسیجری و تأیید هویت قبل از هر پروسیجر پرخطری. • فهرست پروسیجرهای پرخطر از قبیل ترانسفوزیون خون و تجویز شیمی‌درمانی. • خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی شناسایی و تأیید هویت بیمار با تأکید خاص بر گروه‌های پرخطر (به‌طور مثال نوزادان، افراد با کاهش سطح هوشیاری و بیماران آسیب‌پذیر). • شناسه‌های بیماران شامل نام و نام‌خانوادگی و تاریخ تولد به روز، ماه و سال است که در سراسر بیمارستان به‌طور منسجم و یکنواخت استفاده می‌شود.
راهبرد برای جلب مشارکت و توانمندسازی بیماران برای ایمنی بیمار	• مصادیقی از مشارکت بیماران شامل مشارکت در شناسایی بیماران، پایش بهداشت دست و مصرف لوازم یک‌بارمصرف برای تزریق می‌باشد. • وجود هرگونه جزوه آموزشی یا اطلاعات کتبی/ شفاهی ارائه شده به بیماران در جهت توانمندسازی آنها جهت ایفای نقش فعال در ارتقاء ایمنی بیمار. • گزارش‌ها یا صورت‌جلساتی که مؤید مشارکت بیماران یا همراهان آنها، در تنظیم خط‌مشی‌ها یا پیشنهاد پروژه‌های برای بهبود کیفیت یا ایمنی بیمار است.
فرایند شکایت	• فردی مسئولیت دریافت و رسیدگی به شکایات بیماران باشد. • نحوه برقراری ارتباط با بیماران. • مستندات مرتبط به شکایات و اقداماتی که برای رسیدگی به آنها در طی ۱۲ ماه قبل انجام شده است.
راهبرد مشارکت بیماران در پویش‌های ایمنی بیمار	• پویش بهداشت دست. • مشارکت‌های مدنی. • پویش‌های رسانه‌ای.
برنامه خدمات بیمار	• رابط بیمار. • برنامه ارتقاء سلامتی. • دسترسی به بروشورهای اطلاعاتی و آموزشی. • دسترسی به تارنما (وب‌سایت) بیمارستان.
بازخورد بیمار	• سنجش تجارب بیمار. • مطالعات ارزیابی رضایت‌مندی. • شاخص‌های نتیجه‌ای گزارش شده بیماران.

۳. حیطه C: خدمات بالینی ایمن و مبتنی‌بر شواهد

مستندات	شواهدی که باید در نظر گرفته شوند.
شرح وظایف: مدیر پزشکی / معاون بالینی	شخصی که مسئولیت راهنماهای بالینی، نظارت و ارزیابی اثربخشی درمان‌های بالینی را برعهده دارد.
برنامه ممیزی‌ها و برنامه‌های عملیاتی مرتبط به آن	به‌طور مثال: ○ بهداشت دست. ○ پیشگیری و کنترل عفونت. ○ ایمنی دارویی. ○ مواقع پاسخ‌دهی اضطراری. ○ فاصله زمانی ورود بیمار از درب بخش اورژانس تا تزریق ترومبولیتک‌ها به بیمار. ○ زمان‌های تریاژ.
فرایند شناسایی خطمشی‌های بالینی که مورد نیاز است و بایستی اجرا شود.	● شرح وظیفه کمیته‌های راهنماهای بالینی. ● فرایند تصویب نهایی و انتشار. ● مداخلاتی که مشمول این موارد است، اما محدود به این موارد نیست: ○ جراحی ایمن. ○ زایمان ایمن. ○ شناسایی مواردی که حال بالینی بیمار رو به وخامت می‌رود.
بسته‌های مراقبتی	بسته‌های مراقبتی می‌تواند شامل موارد زیر است: ○ ارائه مراقبت‌های ادغام شده و یکپارچه. ○ پنومونی ناشی از ونتیلاتور (VAP). ○ عفونت ناشی از کاتتر ورید مرکزی (CLABSI). ○ عفونت مجاری ادراری (UTI). ○ سپسیس.
ابزارهای ارزیابی مدیریت و کاهش خطر بیماران	این ابزارها شامل: ○ ترومبوز ورید عمقی و آمبولی ریه. ○ خطر خودکشی. ○ معیار مورس هامپی – دامپی برای ارزیابی خطر سقوط.[1]

1. Morse-Humpty Dumpty Falls Scale

مستندات	شواهدی که باید در نظر گرفته شوند.
برنامه کنترل و پیشگیری از عفونت	• فرد مسئول. • دستورالعمل پیشگیری و کنترل عفونت. • برنامه نظام مراقبت. • غربالگری کارکنان. • فهرست ممیزی‌ها. • ایزولاسیون. • خط‌مشی‌ها حداقل شامل موارد زیر است، اما محدود به این موارد نیست: ○ بهداشت دست. ○ مصرف منطقی آنتی‌بیوتیک. ○ آب و فاضلاب و بهداشت[1]. ○ دستورالعمل سازمان جهانی بهداشت در مورد پیشگیری و کنترل عفونت. ○ عفونت موضع جراحی. ○ منابع ذخیره ایمن آب.
خون	اقدامات شامل موارد زیر است، اما محدود به این موارد نیست: ○ تجویز ایمن. ○ کراس‌مچ. ○ واکنش‌های بعد از ترانسفوزیون.
ایمنی دارویی	• شرح وظایف شغلی داروسازان بالینی. • اطلاعات آموزشی برای بیماران. • وجود سیستم پایش و کاهش خطاهای دارویی. **خط‌مشی‌ها شامل موارد زیر است، اما محدود به این موارد نیست:** ○ تدارک، دسترسی به و نگهداری داروها. ○ محدودیت دسترسی و استانداردسازی داروهای با غلظت‌های بالا / پرخطر. ○ چندداروی (پلی‌فارماسی) و قطع تجویز دارو. ○ تلفیق دارویی حین ترخیص. ○ استفاده از داروهای کنترل شده.

1. Water, sanitation and hygiene (WASH)

۴. حیطه D: محیط ایمن

مستندات	شواهدی که باید در نظر گرفته شوند.
شرح وظایف کمیته‌های بهداشت و ایمنی یا معادل آنها	• ساختار سازمانی. • فرد مسئول برای مسائل و مشکلات مرتبط با محیط. • اعضای کمیته. • نمونه‌ای از صورت‌جلسه‌ها و فعالیت‌های انجام شده.
برنامه‌های نگهداشت پیشگیرانه	• برنامه زمانی مربوط به تست و کالیبراسیون دستگاه‌ها. • فرایند مدیریت فراخوان. • در دسترس بودن تجهیزات پشتیبان.
برنامه بلایای خارجی	این برنامه سند تفضیلی است که شامل بیمارستان و جامعه‌ای که بیمارستان در آن قرار دارد، می‌شود. هر دو دسته حوادث و فوریت‌های داخل بیمارستان و خارج بیمارستان نیازمند برنامه‌ای هستند که نقش‌ها و مسئولیت‌های همه کارکنان در زمان رخداد حادثه را به‌طور شفاف مشخص نماید. در این برنامه باید تأثیرات احتمالی حادثه شناسایی شده و آنچه که به‌عنوان خدمات اضافی در آن زمان نیاز خواهد بود، مشخص شود.
فوریت‌ها و موارد اضطراری داخلی	این شرایط ممکن است به دلیل سیل، آتش‌سوزی یا خرابی فناوری‌ها رخ بدهد. این برنامه باید در ابتدا نحوه تخلیه ایمن بیمارستان را در بر بگیرد و سپس توضیح بدهد که چگونه در اسرع وقت خدمات بیمارستان از سر گرفته شود. سناریویی که یک بیمارستان ممکن است با آن مواجه شود خرابی قابل توجه بخشی از آن به‌طور مثال، به دلیل آتش‌سوزی یا سیل است و در این شرایط برنامه فوریت‌های داخلی بیمارستان کمک‌کننده خواهد بود. این برنامه مشخص می‌کند که زمانی که تجهیزات، ساختمان، یا بخشی از بیمارستان آسیب شدید دیده‌اند و خدمت رسانی با مشکل مواجه شده است، چه باید کرد. هدف نهایی این برنامه بازگشت فعالیت سازمان به وضعیت عادی در کوتاه‌ترین زمان ممکن پس از رخداد یک بحران است.
مدیریت پسماند	• نگهداشت و دفع ایمن. • اشیا نوک‌تیز. • مایعات بدن. • پسماندهای بیولوژیکی. • پسماندهای شیمیایی.

۵. حیطه E: آموزش مداوم

مستندات	شواهدی که باید در نظر گرفته شوند.
برنامه آموزش توجیهی	
برنامه‌های توسعه حرفه‌ای	• شرح وظیفه شغلی مسئول توسعه حرفه‌ای. • آموزش کارکنان.
برنامه‌های پژوهشی	• پژوهش. • چاپ و انتشار. • برنامه‌های ارتقاء کیفیت.

ج. راهنمای مشاهده

در این بخش، راهنماهای بازدیدهای میدانی در حیطه‌های اولویت‌دار ایمنی بیمار که در تمام بیمارستان‌ها مشترک است، آورده شده است. این موارد شامل:

- موارد عمومی؛
- تسهیلات محیطی و فضای بستری؛
- ایمنی در برابر حریق؛
- آزمایشگاه و بانک خون؛
- تصویربرداری؛
- اتاق(های) عمل؛
- واحدهای استریلیزاسیون مرکزی؛
- داروخانه؛
- و مدارک پزشکی.

تیم ارزیاب که از خارج از سازمان هستند و عملکرد سازمان را با استانداردها مطابقت می‌دهند، هر بخشی را بر اساس معیارهای عمومی ایمنی (به‌طور مثال، حریق، پسماندها، و تابلوهای علامت‌گذاری شده) و بخش‌هایی که ملاحظات ویژه دارند (به‌طور مثال، حفاظت و ایمنی در برابر اشعه) بازدید می‌کنند. برای اجتناب از دوباره‌کاری، دستورالعمل اول، فهرستی از موارد عمومی است که از طریق مشاهده و مصاحبه با کارکنان تکمیل می‌گردد و در همه بخش‌ها کاربرد دارد.

۱. موارد عمومی

مشاهدات	سؤالات مرتبط
خط‌مشی‌ها و روش‌های اجرایی موجود در بخش.	مسئول بخش کیست؟
میزان رعایت بهداشت دست.	موازین صلاحیت کارکنان حاضر در بخش چیست؟
توسعه حرفه‌ای مداوم.	در طی ۱۲ ماه گذشته کارکنان در مورد ایمنی بیمار چه آموزشی دریافت کرده‌اند؟
تفکیک و مدیریت پسماندها.	این بخش چه ممیزی‌هایی انجام می‌دهد؟ چند وقت یک‌بار و چگونه؟ موارد آموخته‌شده چیست؟
منشور حقوق بیمار.	–
رعایت موازین پیشگیری و کنترل عفونت.	در این بخش چه کسی با تجهیزات خاص کار می‌کند؟
نگهداشت تجهیزات، آخرین تاریخ کالیبره و آزمون دستگاه‌ها و شماره اموال.	چگونه متوجه می‌شوید که تجهیزات پزشکی ایمن و سالم هستند؟
تجهیزات اورژانس از جمله ترالی احیا و دستگاه الکتروشوک.	–
علایم.	–
راه‌های خروج اضطراری.	–
فضای انتظار راحت به‌تناسب برای بیماران مرد و زن.	–
شناسایی بیماران.	–
صندوق پیشنهادات.	–

۲. تسهیلات محیطی و فضای بستری

مشاهدات
تابلوی نصب شده در خارج که نشان‌دهنده مسیر بخش اورژانس است.
محل پارک ماشین برای شرایط اضطراری و نیازهای خاص.
محیط مرتب، تمیز و پاکیزه است، عاری از هرگونه زنگار، گردوغبار، خاک، پسماند، خون و ضایعات بدن است.
طراحی محیط به بهترین شیوه برای کنترل عفونت، امنیت و خروج اضطراری ایمن انجام شده است.
وجود محیط انبارش.
علایم هشداردهنده که نشان‌دهنده انجام نظافت در محل است.
محیط عاری از بوهای زننده بوده و دارای تهویه مناسب است.
نگهداشت تجهیزات.
محدودیت دسترسی به مناطقی که نیاز به امنیت ویژه دارند، از جمله بخش اطفال و زایمان.
دسترسی بیمار به سیستم احضار پرستار.
سیستم اطلاع‌رسانی فوریت‌ها برای تمامی کدها از جمله ایست قلبی، مشکلات امنیتی و آتش‌سوزی.
ژنراتورهای برق اضطراری.
انبارش گازهای طبی.
انبارش مواد خطرناک.

۳. ایمنی در برابر آتش‌سوزی

مشاهدات
برنامه تخلیه حین حریق که در سراسر بیمارستان نصب شده است.
هشداردهنده‌های حریق در بیمارستان وجود دارند و سالم هستند.
راه‌پله‌ها و خروجی‌های زمان حریق مشخص هستند.
شلنگ‌های آتش‌نشانی سالم هستند و بر اساس دستورالعمل کار می‌کنند.
مواد قابل‌اشتعال در شرایط ایمن نگهداری می‌شوند و استفاده آنها محدودیت دارد.
علائم خروج به‌وضوح علامت‌گذاری شده‌اند، روشن هستند و تمام درهای خروج در برابر حریق مقاوم هستند.
مناطقی که وابستگی زیادی به گازهای طبی دارند، به تجهیزات قطع اضطراری گاز دسترسی دارند.
تمام کپسول‌های آتش‌نشانی دارای برچسب امضا دار و تاریخ‌دار به‌روز هستند.
تمام سیلندرهای گاز فشرده زنجیر شده و در شرایط ایمن نگهداری می‌شوند.
تمام سیلندرهای گاز فشرده در سایه و دمای مناسب، به دور از نور مستقیم آفتاب و منابع گرما نگهداری می‌شوند.
در زمانی که از سیلندر اکسیژن استفاده نمی‌شود، درپوش محافظ دریچه در جای خود نگهداری می‌شود.
سیلندرهای اکسیژن پر و خالی، در مکان‌های جداگانه و به‌صورت عمودی نگهداری می‌شوند.

۴. آزمایشگاه و بانک خون

مشاهدات
ثبت تمام نمونه‌های دریافتی.
انتقال نمونه‌ها.
نگهداشت تجهیزات.
تجهیزات کمک‌های اولیه از جمله شستشوی چشم و کیت کمک‌های اولیه در صورت پاشیدن مواد شیمیایی.
کنترل کیفی نتایج.
شناسایی بیمار.
اطلاع‌رسانی مقادیر بحرانی آزمایش‌ها[1].
اطلاع‌رسانی نتایج آزمایش‌های مُعَوق بعد از ترخیص بیمار.
ذخیره خون و فراورده‌های خونی.
فرایندهای کراس‌مچ.
مدیریت پسماندهای شیمیایی.

1. Critical value

۵. تصویربرداری

مشاهدات
ثبت تمام مراجعین.
شناسایی بیمار.
کنترل کیفی نتایج.
جابه‌جایی و ذخیره‌سازی مواد خطرناک.
برنامه حفاظت در برابر پرتوها.
علائم هشداردهنده نشانگر مناطق غیر ایمن.
پیش‌بندهای سربی.
سیستم پایش پرتو.
علائم هشداردهنده برای زنان باردار.

۶. اتاق‌های عمل و واحدهای استریلیزاسیون مرکزی

مشاهدات
مناطقی که دسترسی به آنها محدود شده است.
تفکیک فضاهای تمیز و کثیف.
رضایت آگاهانه بیمار.
شناسایی بیمار.
مقادیر بحرانی.
جراحی ایمن و بیهوشی ایمن.
کنترل کیفی استریلیزاسیون.
تحویل‌دادن بیمار.

۷. داروخانه

مشاهدات
کنترل کیفی دیسپنسرها و جریان هوای تیغه‌ای (تجهیزات تهویه‌مطبوع).
شناسایی بیمار.
فرایند ذخیره و نگهداری داروها.
فرایند تجویز دارو و نسخه‌برداری.
فرایند آماده‌سازی و نسخه پیچی دارو.
فرایند دادن دارو به بیمار و پیگیری آن.
محلول‌های با غلظت بالا.
داروهای مشابه شکلی و اسمی[1].
آموزش به بیمار (یا همراه وی) در مورد نحوه مصرف دارو حین ترخیص.
گزارش خطاهای مرتبط با تجویز دارو.
جابجایی و ذخیره‌سازی مواد خطرناک.

1. Look-alike sound-alike medications

۸. مدارک پزشکی

مشاهدات
ممیزی پرونده‌ها.
کدهای شناسایی بیمار.
شماره شناسایی منحصربه‌فرد .
ممیزی بالینی.
سیستم بایگانی.
کدهای استاندارد بیماری.
محتوای پرونده پزشکی بیمار: • کامل‌بودن؛ • ثبت آلرژی‌ها؛ • تداوم مراقبت، شامل تشخیص، درمان و موارد پیگیری؛ • تلفیق دارویی.
دسترسی به مدارک پزشکی.
فهرست تصویب شده اختصارات (کلمات مخفف).
کامل‌بودن مدارک.
شناسایی بیمار، شناسه‌های اختصاصی.
رضایت.
دستخط‌ها.
گزارش‌های پرستاران.
گزارش پزشکان.
کدهای بیماری.
وجود سیستم ثبت الکترونیکی نسخ پزشکان.
وجود یک سیستم مؤثر هشدار بالینی خودکار.
دسترسی آسان برای بیمار و ارائه‌دهنده خدمت.

د. مصاحبه‌ها و برنامه بازدید حضوری

دستور کار ارزیابی پیشنهادی بر اساس یک بیمارستان ۵۰۰ تختخوابی، سه‌روزه و با دو ارزیاب است (به ادامه مراجعه کنید). دستور کار برای بیمارستان بسته به خدمات ارائه شده و تعداد ارزیابان حاضر در محل متفاوت خواهد بود. برای آن‌که بر روی یک امتیاز، و نتیجه نهایی همراه با توصیه‌ها توافق حاصل شود، حداقل باید دو ارزیاب وجود داشته باشند. برخی از بیمارستان‌ها را می‌توان در یک روز بررسی کرد، ارزیابی برخی دیگر ممکن است سه روز طول بکشد، اگرچه ارزیابی اکثر بیمارستان‌ها احتمالاً دو روز طول خواهد کشید. هدف اصلی از ارزیابی میدانی این است که ارزیابان به‌دنبال اطلاعاتی برای ارزیابی انطباق بیمارستان با چارچوب بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار باشند. آنها باید دائماً این سؤالات را بپرسند: آیا بیماران ایمن هستند؟ چگونه می‌توانم به‌عنوان یک متخصص ایمنی بیمار به این سازمان برای کاهش مشکلات مربوط به ایمنی کمک کنم؟ و از همه مهم‌تر: آیا یک مسئله ایمنی وجود دارد که نیاز به مداخله مستقیم من قبل از ترک این محل داشته باشد؟

در بخش مصاحبه، سؤالات کلیدی برای مصاحبه‌های مختلف پیشنهاد شده است. همان‌طور که بیمارستان‌ها متفاوت هستند، مصاحبه‌ها نیز تغییر خواهند کرد، به خصوص که عناوین شغلی اغلب می‌توانند متفاوت باشند. در بیمارستان‌های کوچک‌تر، یک نفر ممکن است مسئولیت‌های زیادی داشته باشد و یک یا دو کمیته می‌توانند چندین تخصص را پوشش دهند. در این بخش یک الگو برای گزارش نیز آورده شده است.

دستورکار پیشنهادی ارزیابی

روز اول			
زمان	**نام فعالیت**	**محل / دپارتمان**	**کارکنان بیمارستان**
۸:۰۰ – ۸:۱۵	معرفی چارچوب بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار و بررسی دستور کار،	اتاق جلسات	رئیس/ مدیرعامل بیمارستان (به‌عنوان مثال، رییس/ مدیرعامل، مدیر بیمارستان، رؤسای بخش‌ها)،
۸:۱۵ – ۸:۴۵	مروری اجمالی بر بیمارستان (با استفاده از برگه «معرفی بیمارستان به شکل خلاصه»)، مدیر بیمارستان و مسئول ارشد ایمنی بیمار (مدیر بیمارستان در مورد ظرفیت و خدمات بیمارستان به‌طور خلاصه برای ارزیابان توضیح می‌دهد).	اتاق جلسات	رئیس / مدیر عامل بیمارستان،
۸:۴۵ – ۱۲:۰۰	بررسی مستندات (کلیه مستندات باید در اتاقی گردآوری شود تا توسط ارزیابان بررسی شوند).	اتاق جلسات	یک نفر از کارشناسان واحد ایمنی بیمار / گروه کیفیت بیمارستان همراه تیم ارزیابی باشد.
۱۲:۰۰ – ۱۲:۳۰	بازدید کوتاه از بیمارستان برای آشنایی تیم ارزیابی.	–	یکی دو نفر از کارکنان بیمارستان تیم ارزیابی را همراهی می‌نمایند.
۱۲:۳۰ – ۱۳:۱۵	نماز و ناهار		
۱۳:۱۵ – ۱۴:۰۰	**ارزیاب ۱ و ۲** مصاحبه با مدیرعامل/ رئیس بیمارستان با تمرکز بر حیطه A،	اتاق جلسات	هرکدام از اعضای تیم مدیریت ارشد بیمارستان (سرپرستار، مدیر بیمارستان، مدیر/ معاون درمان) که بتوانند به سؤالات مربوط به حیطه A پاسخ دهند.

روز اول			
زمان	نام فعالیت	محل / دپارتمان	کارکنان بیمارستان
۱۴:۰۰ – ۱۵:۰۰ بازدید از بخش‌ها همراه با انجام مصاحبه‌ها	**ارزیاب ۱** بخش‌های بالینی و بیماران بستری، بخش سرپایی پزشکی (OPD) و بیماران سرپایی، بخش تصویربرداری،	**ارزیاب ۲** اتاق زایمان و مادران، بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان و یکی از بستگان نوزاد جراحی روزانه،	یکی از پرسنل واحد ایمنی بیمار تیم ارزیابی را همراهی نماید.
۱۵:۰۰ – ۱۵:۴۵	**ارزیاب ۱** بازدید ایمنی بیمارستان با تمرکز بر حیطه D،	**ارزیاب ۲** مصاحبه با مسئول خدمات به بیمار و نماینده جامعه با تمرکز بر حیطه B،	
۱۵:۴۵ – ۱۶:۳۰	جلسه تیم ارزیاب برای شناسایی مسائل و مشکلات و مواردی که نیاز به شفاف‌سازی دارند.	اتاق جلسات	بدون حضور پرسنل بیمارستان،

روز دوم			
زمان	نام فعالیت	محل/دپارتمان	کارکنان بیمارستان
۸:۰۰ – ۱۰:۳۰ بازدید از بخش‌ها همراه با انجام مصاحبه‌ها	**ارزیاب ۱** بخش اورژانس، مصاحبه با مدیر داروخانه، آزمایشگاه، بخش جراحی و بیماران بستری، بخش اطفال و بستگان کودک،	**ارزیاب ۲** بخش سوختگی، تصویربرداری، مصاحبه با مدیر بانک خون، بخش زنان و زایمان و بیماران، محل نگهداری پسماندها،	یکی از اعضای بیمارستان،مسئول ایمنی بیمار یا مسئول کیفیت با هر ارزیاب همراه باشد.
۱۰:۳۰ – ۱۱:۰۰	وقفه: فرصتی برای ارزیابان جهت درخواست مستندات بیشتر.		
۱۱:۰۰ – ۱۲:۱۵ انجام مصاحبه‌ها به‌صورت همزمان، دو اتاق جلسه مورد نیاز است	**مصاحبه‌های ارزیاب ۱** ۱. مسئول کنترل عفونت، ۲. مدیر پرستاری، ۳. مدیر / معاون بالینی،	**مصاحبه‌های ارزیاب ۲** ۱.مسئول ایمنی بیمار و کیفیت، ۲. کارشناس بهداشت حرفه‌ای، ۳. مسئول توسعه حرفه‌ای،	–

روز دوم			
زمان	نام فعالیت	محل/دپارتمان	کارکنان بیمارستان
۱۲:۱۵ – ۱۳:۱۵	**ارزیاب ۱ و ۲** مصاحبه با تیم‌های بالینی چند رشته‌ای (MDT) با تمرکز بر حیطه C،	اتاق جلسات	این تیم‌ها می‌توانند شامل پزشک، پرستار، کاردرمان، فیزیوتراپیست، داروساز، اعضا از تیم پیشگیری و کنترل عفونت، بانک خون، آزمایشگاه، و مدیر / معاون بالینی باشند. ترکیب این تیم‌ها به خدمات ارائه شده توسط بیمارستان بستگی دارد.
۱۳:۱۵ – ۱۴:۱۵ ناهار و نماز	جلسه تیم ارزیابی (ارزیابی و شفاف‌سازی مواردی که شناسایی نشده‌اند).	اتاق جلسات	بدون حضور پرسنل بیمارستان
۱۴:۱۵ – ۱۶:۰۰ بازدید از بخش‌ها همراه با انجام مصاحبه‌ها	**ارزیاب ۱** واحد استریلیزاسیون مرکزی (CSSD)، آشپزخانه و کارشناس تغذیه، مصاحبه با مدیر منابع انسانی، مدیر واحد فیزیوتراپی،	**ارزیاب ۲** بخش مراقبت‌های ویژه بزرگسالان (ICU) و یکی از بستگان بیماران، رختشویخانه، مدارک پزشکی و مدیر آن، آزمایشگاه و مدیر آن،	یکی از اعضای بیمارستان، مسئول ایمنی بیمار یا مسئول کیفیت با هر ارزیاب همراه باشد.
۱۶:۰۰ – ۱۶:۳۰	جلسه تیم ارزیابی برای شناسایی مسائل و مشکلات روز اول	اتاق جلسات	بدون حضور پرسنل بیمارستان

روز سوم			
زمان	نام فعالیت	محل / دپارتمان	کارکنان بیمارستان
۸:۰۰ – ۹:۰۰	**ارزیاب ۱ و ۲** مصاحبه با تیم ایمنی محیط با تمرکز بر حیطه D.	اتاق جلسات	اعضا می‌توانند شامل مسئول تأسیسات، مسئول ایمنی آتش‌نشانی، کنترل عفونت، مسئول پسماند، مسئول ایمنی بیمار، مسئول تعمیر و نگهداری، و مسئول تدارکات بیمارستان باشند.
۱۰:۰۰ – ۱۱:۰۰	بر اساس نظر ارزیابان جهت درخواست انجام مصاحبه، بازدید یا بررسی نهایی مستندات.	–	یکی از اعضای بیمارستان، مسئول ایمنی بیمار یا مسئول کیفیت با هر ارزیاب همراه باشد.

روز سوم			
زمان	نام فعالیت	محل / دپارتمان	کارکنان بیمارستان
۱۱:۰۰ – ۱۳:۰۰ ناهار و نماز	جلسه ارزیابان برای تصمیم‌گیری در مورد امتیازدهی همه معیارهای الزامی و تصمیم‌گیری توصیه‌هایی برای بحث با مدیریت ارشد،	اتاق جلسات	بدون حضور پرسنل بیمارستان
۱۳:۰۰ – ۱۳:۳۰	بحث در مورد یافته‌ها و ارائه توصیه‌ها با حضور مدیریت ارشد بیمارستان،	اتاق جلسات	مدیریت ارشد بیمارستان (به‌عنوان مثال مدیرعامل / رئیس بیمارستان، اعضای هیأت مدیره، هماهنگ‌کنندگان ارزیابی)،
۱۳:۳۰ – ۱۴:۰۰	بحث در مورد یافته‌ها و توصیه‌ها با کارکنان بیمارستان،	–	–
۱۴:۰۰ – ۱۷:۰۰	ارزیابان در پایان ارزیابی با هم در مورد امتیازات توافق کنند. گزارش در عرض دو هفته پس از ارزیابی تکمیل می‌شود.	–	–

سؤالات کلیدی برای مصاحبه

مصاحبه با مسئول ایمنی بیمار

۱. آیا بیمارستان ایمنی بیمار را به‌عنوان یک اولویت راهبردی در نظر می‌گیرد؟ آیا این راهبرد از طریق یک برنامه عملیاتی دقیق اجرا می‌شود؟

۲. آیا بیمارستان یک نفر از کارکنان ارشد را با مسئولیت، پاسخگویی و اختیارات مشخص به‌عنوان مسئول ایمنی بیمار تعیین کرده است؟

۳. آیا بیمارستان بر اساس برنامه عملیاتی تفضیلی، بودجه سالانه برای فعالیت‌های ایمنی بیمار دارد؟

۴. آیا مدیریت ارشد بیمارستان بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار را به‌صورت منظم برای ترویج فرهنگ ایمنی بیمار، اطلاع از خطرات موجود در سیستم و اقدام برروی فرصت‌های بهبود ایمنی بیمار انجام می‌دهد؟

۵. آیا بیمارستان از یک منشور اخلاقی برای مثال در رابطه با تحقیق، احیا، رضایت، محرمانگی اطلاعات و ارتباط با صنعت پیروی می‌کند؟

۶. آیا مدیریت ارشد بیمارستان به‌طور منظم نگرش کارکنان را نسبت به فرهنگ ایمنی بیمار ارزیابی می‌نماید؟

۷. آیا کارکنان بالینی واجد شرایط، اعم از دائم و موقت، برای انجام کار توسط یک مرجع ذی‌صلاح تأیید شده‌اند؟

۸. آیا دانشجویان و کارآموزان در چارچوب صلاحیت‌های خود و تحت نظارت مناسب کار می‌کنند؟

۹. آیا بیمارستان خط‌مشی و روش‌های اجرایی برای تمام بخش‌ها و خدمات دارد؟

مصاحبه با مدیریت بیمارستان

۱. آیا ایمنی بیمار یک اولویت استراتژیک است؟

۲. آیا برنامه عملیاتی تفضیلی برای ایمنی بیمار وجود دارد؟

۳. آیا یکی از کارکنان ارشد با مسئولیت، پاسخگویی و اختیارات مشخص برای ایمنی بیمار معین شده است؟

۴. آیا بیمارستان بودجه سالانه‌ای برای فعالیت‌های ایمنی بیمار بر اساس برنامه عملیاتی مشخص دارد؟

۵. آیا در بیمارستان بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار به‌طور منظم انجام می‌شود؟

۶. اگر بلی، هرچند وقت یک‌بار؟

۷. آیا بیمارستان از یک منشور اخلاقی و حرفه‌ای برای مثال، در رابطه با تحقیق، احیا، رضایت و محرمانگی اطلاعات پیروی می‌کند؟

۸. آیا بیمارستان به‌طور منظم نگرش کارکنان را نسبت به فرهنگ ایمنی بیمار ارزیابی می‌کند؟

مصاحبه با مسئول ایمنی بیمار

۱. آیا بیمارستان برنامه در حال اجرا برای ایمنی بیمار و مدیریت خطر دارد؟

۲. در صورت پاسخ مثبت، این برنامه شامل کدام یک از موارد زیر می‌شود؟

۲-۱. کنترل عفونت.

۲-۲. مصرف ایمن داروها.

۲-۳. ایمنی محیط مراقبت و درمان.

۲-۴. خدمات بالینی ایمن.

۲-۵. ایمنی تجهیزات.

۲-۶. مدیریت موارد اورژانس / فوریت‌ها.

۳. آیا فعالیت‌های مرتبط با ایمنی بیمار با بخش بهبود کیفیت هماهنگ می‌شود؟

۴. چگونه فعالیت‌های مختلف مرتبط با ایمنی بیمار را با یکدیگر یکپارچه می‌نمایید؟

۵. در برنامه ایمنی بیمار برروی چه مواردی تأکید می‌شود؟

۶. نقش شما به‌عنوان هماهنگ‌کننده ایمنی بیمار و مدیریت خطر چیست؟

۷. آیا حوادث مرتبط با ایمنی بیمار گزارش و تحلیل می‌شوند؟

۸. آیا در گزارش حوادث مرتبط با ایمنی بیمار محرمانه بودن آنها تضمین می‌شود؟

۹. آیا در سیستم گزارش‌دهی ایمنی بیمار، سرزنش فردی به حداقل رسیده است؟

۱۰. آیا سیستم گزارش‌دهی امکان گزارش‌دهی را تسهیل می‌کند؟

۱۱. آیا بیمارستان گروه داخلی ایمنی بیمار فعال دارد که وقایع ناخواسته را برای تحلیل اولویت‌بندی می‌کند؟

۱۲. اعضای اصلی این گروه چه افرادی هستند؟

۱۳. این گروه از چه ابزاری برای تجزیه‌وتحلیل و پیشنهاد فعالیت‌های ارتقای ایمنی بیمار استفاده می‌کند؟

۱۴. در حال حاضر، آیا پروژه‌ای برای بهبود ایمنی بیمار در حال اجرا است؟

۱۵. اگر چنین است، جزئیات پروژه‌ها چیست؟

۱۶. آیا روش‌های استاندارد اجرایی برای ایمنی بیمار وجود دارد؟

۱۷. آیا بیمارستان کمیته مرگ‌ومیر دارد؟

۱۸. اعضای کمیته مرگ‌ومیر هرچند وقت یک‌بار تشکیل جلسه می‌دهند؟

۱۹. آیا بیمارستان در مورد فعالیت‌های مختلف ایمنی بیمار گزارش تهیه می‌کند و آیا آنها را منتشر می‌کند؟

۲۰. آیا بیمارستان اهداف اختصاصی قابل اندازه‌گیری مرتبط با اهداف ایمنی بیمار دارد؟

۲۱. آیا بیمارستان مجموعه‌ای از شاخص‌های برون‌داد دارد که عملکرد خود را با تمرکز ویژه بر ایمنی بیمار در قالب فرم امتیازات ایمنی بیمار، ارزیابی می‌کند؟

۲۲. آیا بیمارستان مجموعه‌ای از شاخص‌های فرایندی دارد که عملکرد خود را با تمرکز ویژه بر ایمنی بیمار در قالب فرم امتیازات ایمنی بیمار، ارزیابی می‌کند؟

۲۳. آیا بیمارستان‌ها گزارش ایمنی بیمار خود را به‌صورت ماهانه به سازمان ملی مسئول نظارت بر بیمارستان‌های دوستدار ایمنی بیمار (به‌عنوان مثال، وزارت بهداشت) برای مقایسه با سایر بیمارستان‌ها ارسال می‌کند؟

۲۴. آیا بیمارستان با تنظیم پروژه‌های بهبود ایمنی بیمار و برنامه عملیاتی بر اساس نتایج محک‌زنی اعمال مداخله می‌نماید؟

۲۵. آیا بیمارستان پویش‌هایی در ارتباط با ایمنی بیمار دارد؟

۲۶. بیمارستان چگونه جامعه تحت پوشش خود را در فعالیت‌های ایمنی بیمار مشارکت می‌دهد؟

۲۷. آیا بیمارستان دارای نظام ساختارمند اِفشا و اعلان وقایع ناخواسته مرتبط با ایمنی بیمار است؟

۲۸. آیا در بیمارستان فردی به‌عنوان حامی خدمات سلامت برای اِفشای وقایع ناخواسته مرتبط با ایمنی بیمار هست؟

۲۹. آیا بیمارستان بازخوردهای بیماران و مراقبین آنها را دریافت می‌کند؟

۳۰. در صورت مثبت بودن پاسخ، این کار با استفاده از چه ابزاری انجام می‌شود؟

۳۱. رضایت‌سنجی؟

۳۲. در صورت مثبت بودن پاسخ، هرچند وقت یک‌بار انجام می‌شود؟

۳۳. بازدید مدیریتی؟

۳۴. در صورت مثبت بودن پاسخ، هرچند وقت یک‌بار انجام می‌شود؟

۳۵. بحث گروهی متمرکز؟

۳۶. در صورت مثبت بودن پاسخ، هرچند وقت یک‌بار انجام می‌شود؟

۳۷. شکایت کتبی؟

۳۸. خط تلفن ویژه گزارش حوادث ایمنی بیمار.

۳۹. بازخورد به کارکنان؟

۴۰. صندوق نظرات و پیشنهادها؟

۴۱. مطالعات پیمایشی در سطح جامعه؟

۴۲. آیا بیمارستان بیماران و مراقبین آنها را در تدوین خط‌مشی‌ها و اجرای پروژه‌های بهبود کیفیت و ایمنی بیمار مشارکت می‌دهد؟

۴۳. اگر چنین است، چگونه؟

۴۴. آیا بیمارستان جهت انتقال دغدغه‌ها و تبادل راهکارها و نظرات بیماران و مراقبین آنها با مسئولین بیمارستان، امکان برقراری ارتباط از طریق گفت‌وگوی اینترنتی و یا تابلوی اعلانات را فراهم نموده است؟

۴۵. آیا بیمارستان امکان دسترسی بیماران به اطلاعات الکترونیک در مورد ایمنی بیمار، سواد سلامت و وضعیت سلامت را فراهم می‌سازد؟

۴۶. آیا بیمارستان مطالعات مقطعی را برای ارزیابی وسعت و ماهیت وقایع ناخواسته انجام می‌دهد؟

۴۷. در صورت مثبت بودن پاسخ، هر چند وقت یک‌بار؟

۴۸. آیا یک واحد داخلی ایمنی بیمار، پژوهش‌های انجام شده در مورد ایمنی بیمار را تأیید و نظارت می‌کند؟

۴۹. آیا بیمارستان مطالعات مروری گذشته‌نگر را برای ارزیابی وسعت و ماهیت وقایع ناخواسته انجام می‌دهد؟

۵۰. در صورت مثبت بودن پاسخ، هرچند وقت یک‌بار؟

۵۱. آیا کارگروه ایمنی بیمار از ابزارهای علمی مثل تحلیل علل ریشه‌ای و ابزارهای بهبود، مثل چرخه برنامه – عمل – بررسی – اجرا[1] استفاده می‌کند؟

۵۲. آیا بیمارستان گزارش پژوهش‌های داخلی که شامل آمار فراوانی آسیب‌های ایتروژنیک باشد را تهیه و به‌منظور اقدام اصلاحی نتایج آنها را در داخل و خارج بیمارستان منتشر می‌نماید؟

۵۳. آیا بیمارستان از مجموعه‌های بزرگ داده و مطالعات آینده‌نگر برای ارزیابی شدت، وسعت و ماهیت وقایع ناخواسته استفاده می‌کند؟

مصاحبه با مسئول پیشگیری و کنترل عفونت (IPC)

۱. آیا بیمارستان خط‌مشی پیشگیری و کنترل عفونت دارد؟

۲. آیا بیمارستان کمیته پیشگیری و کنترل عفونت دارد؟

۳. آیا بیمارستان ساختار سازمانی پیشگیری و کنترل عفونت دارد؟

۴. آیا بیمارستان دارای نظام مراقبت عفونت‌های ناشی از خدمات سلامت است؟

۵. آیا بیمارستان کنترل عفونت را ارزیابی می‌کند؟

۶. در صورت مثبت بودن پاسخ، چگونه؟

۷. آیا بیمارستان از راهنماهای معتبر برای پیشگیری و کنترل عفونت تبعیت می‌نماید؟

۸. آیا بیمارستان به‌منظور کاهش مقاومت دارویی، خط‌مشی و روش‌های اجرایی مصرف منطقی از آنتی‌بیوتیک‌ها را اجرا می‌نماید؟

1. Plan Do Study Act

۹. آیا بیمارستان تمیزی، ضدعفونی و استریلیزاسیون مناسب کلیه تجهیزات را با تأکید خاص بر واحدها و بخش‌های پرخطر تضمین می‌نماید؟

۱۰. آیا بیمارستان دارای برنامه عملیاتی کنترل عفونت با ردیف بودجه‌ای معین می‌باشد؟

۱۱. آیا بیمارستان در ارتباط با کنترل عفونت دارای استراتژی در خصوص اطلاعات، آموزش و ارتباطات برای کارکنان می‌باشد؟

۱۲. آیا بیمارستان راهنماهای معتبر بهداشت دست، از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت را اجرا می‌کند؟

مصاحبه با بیماران

۱. آیا در مورد خط‌مشی‌های بیمارستان در خصوص حقوق بیمار و خانواده وی به شما اطلاعاتی داده شده است؟

۲. آیا منشور حقوق بیمار و خانواده در سراسر بیمارستان قابل مشاهده است؟

۳. آیا اطلاعات کامل به‌روز شده در مورد تشخیص، درمان یا روند بیماری خود را از پزشک معالج خود دریافت کردید؟

۴. آیا در تصمیم‌گیری در مورد مراقبت‌های سلامت خود شرکت داشتید؟

۵. آیا قبل از هر پروسیجر خطرناک رضایت‌نامه را امضا کرده‌اید؟

۶. آیا بیمارستان به شما یا مراقبین شما آموزش داده است که بعد از ترخیص چگونه از شما مراقبت کنند؟

۷. آیا در هنگام ترخیص در مورد بیماری/تشخیص خود آموزش دریافت کرده‌اید؟

۸. آیا اطلاعاتی در مورد داروهای مصرفی خود دریافت کردید؟

۹. آیا کارکنان بیمارستان در مورد نیازها و مراقبت شما پاسخگو هستند؟

۱۰. آیا بیمارستان دارای وسایل سرگرمی برای بیماران بود؟

۱۱. به‌طور کلی آیا پرسنل بیمارستان با دقت و احترام با شما برخورد کردند؟

۱۲. در کل آیا پرسنل بیمارستان با شما رفتار دوستانه‌ای داشتند؟

مصاحبه با مدیر بانک خون

۱. بیمارستان چگونه راهنماهای خون و فرآورده‌های خونی ایمن را اجرا می‌کند؟

۲. چگونه در بیمارستان اطمینان حاصل می‌شود که نمونه‌های خون بیماران برای کراس‌مچ با دو شناسه منحصربه‌فرد به‌طور ایمن شناسایی می‌شوند؟

۳. آیا بیمارستان روش‌های ایمن قبل از تزریق خون دارد، به‌عنوان مثال، ثبت‌نام، رد و قبول داوطلبین و غربالگری خون در مواردی مثل HIV، هپاتیت HBV/ B ؟

۴. آیا بیمارستان برای مدیریت حوادث پس از انتقال خون خط‌مشی مشخصی دارد؟

مصاحبه با مسئول مدارک پزشکی

۱. آیا برای هر بیمار یک شناسه و پرونده منحصربه‌فرد وجود دارد؟

۲. آیا بیمارستان خط‌مشی‌ها و فرایندهای عملیاتی استاندارد برای مدارک پزشکی دارد؟

۳. آیا بیمارستان از کدهای استاندارد برای بیماری‌ها استفاده می‌کند؟

۴. آیا بیمارستان دارای سیستم مدیریت خودکار (اتوماتیک) اطلاعات و پرونده الکترونیک پزشکی است؟

۵. آیا بیمارستان دارای سیستم خودکار هشدار بالینی اثربخش است؟

مصاحبه با مسئول بهداشت حرفه‌ای و ایمنی محیط

۱. آیا بیمارستان دارای کمیته چند تخصصی بهداشت و ایمنی محیط است؟

۲. آیا بیمارستان برنامه مدیریت نگهداشت پیشگیرانه و اصلاحی برای ایمنی سازه‌ای دارد؟

۳. آیا بیمارستان برنامه امنیتی – حفاظتی دارد؟

۴. آیا بیمارستان دارای برنامه برای مقابله با بلایا و مخاطرات خارجی است؟

۵. اگر پاسخ مثبت است، هر چند وقت یک‌بار این برنامه تمرین می‌شود؟

۶ آیا بیمارستان دارای برنامه برای مقابله با بلایا و مخاطرات داخلی است؟

۷. در صورت مثبت بودن پاسخ، هرچند وقت یک‌بار این برنامه تمرین می‌شود؟

۸. آیا بیمارستان برنامه ایمنی در برابر حریق با تأکید ویژه بر مناطق پرخطر مانند آزمایشگاه و آشپزخانه دارد؟

۹. آیا بیمارستان دارای سیستم روشنایی و برق اضطراری در مناطق پرخطر (مانند اتاق عمل، بخش مراقبت‌های ویژه، بانک خون و سیستم گازهای طبی) و آسانسور است؟

۱۰. آیا بیمارستان دارای یک برنامه اثربخش برای سیستم تأسیسات است که شامل یک برنامه نگهداشت با رویکرد پیشگیرانه و نیز برنامه پشتیبانی جایگزین در صورت خرابی یا نقص فنی تأسیسات است، می‌باشد؟

۱۱. آیا بیمارستان برنامه حفاظت در برابر اشعه دارد؟

۱۲. بیمارستان چگونه سلامت مواد غذایی و آشامیدنی مناسب و ایمن را برای بیماران، کارکنان و بازدیدکنندگان تضمین می‌کند؟

۱۳. آیا در بیمارستان خط‌مشی ممنوعیت استعمال دخانیات اجرا می‌شود؟

مصاحبه با مدیر بالینی / کادر پزشکی

۱. آیا مدیریت بیمارستان از کارکنان درگیر در حوادث ایمنی بیمار تا زمانی که به‌دلیل قصور یا آسیب عمدی نباشد، پشتیبانی می‌نماید؟
۲. پزشکان از چه فرایند ارتباطی برای انتقال اطلاعات بیماران بین همکاران خود استفاده می‌کنند؟
۳. آیا بیمارستان از یک منشور اخلاقی و حرفه‌ای به‌عنوان مثال در رابطه با تحقیق، احیا، اخذ رضایت و محرمانگی اطلاعات تبعیت می‌نماید؟
۴. آیا به نظر شما فرهنگ ایمنی بیمار باز، غیرتنبیهی، عاری از سرزنش و مبتنی‌بر یادگیری و بهبود مستمر در تمامی بیمارستان وجود دارد؟
۵. آیا مدیریت بیمارستان نگرش کارکنان نسبت به فرهنگ ایمنی بیمار را به‌صورت منظم ارزیابی می‌کند؟
۶. آیا بیمارستان اطمینان حاصل می‌کند که کارکنان آموزش مناسب برای کار با تجهیزات موجود را دریافت می‌کنند؟
۷. آیا هویت همه بیماران حداقل با دو شناسه شامل نام کامل و تاریخ تولد شناسایی و تأیید می‌شود؟
۸. آیا بیمارستان از راهنماهای بالینی، از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت در صورت اقتضا، تبعیت می‌نماید؟ آیا شما می‌توانید در زمینه تجارب خود مثال‌هایی از راهنماهای فوق بیان نمایید؟
۹. آیا رویه و سازوکاری برای اطمینان از انجام پروسیجرهای تشخیصی تهاجمی به‌صورت ایمن و مطابق با راهنماهای استاندارد وجود دارد؟
۱۰. آیا بیمارستان راهنماهای بالینی برای کاهش ترومبوآمبولی وریدی اجرا می‌کند؟
۱۱. آیا در حین ارائه خدمات، معمولاً بیماران را به‌منظور شناسایی افراد آسیب‌پذیر (ازجمله افراد در معرض خطر سقوط، زخم بستر، خودکشی، سوءتغذیه یا عفونت) غربالگری می‌کنید؟
۱۲. آیا بیمارستان فهرستی از اختصارات تأیید شده اصطلاحات پزشکی دارد؟
۱۳. آیا بیمارستان اعلام نتایج تست‌های پاراکلینیکی و دستورات پزشک از طریق شفاهی و تلفنی را به حداقل رسانده و در مواردی که ارتباطات به طریق کلامی ضروری است، از فن بازخوانی مجدد به‌منظور اطمینان از صحت شنیده‌ها، استفاده می‌نماید؟
۱۴. آیا بیمارستان کانال‌های ارتباطی همواره آزاد به‌منظور اعلام اضطراری نتایج بحرانی پیش‌بینی کرده است؟
۱۵. آیا بیمارستان روال‌هایی مطمئن برای اعلام نتایج معوقه آزمایش‌ها به بیماران و مراقبین آنها بعد از ترخیص دارد؟
۱۶. آیا بیمارستان روال‌هایی برای تحویل ایمن و کامل بیماران بین تیم‌های بالینی دارد؟
۱۷. آیا بیمارستان کمیته داخلی راهنماهای بالینی دارد که به‌طور منظم جهت انتخاب، تدوین و اجرای راهنماها، پروتکل‌ها و چک‌لیست‌های مربوط به ایمنی تشکیل جلسه می‌دهد؟

مصاحبه با مدیر پرستاری

۱. آیا مدیریت بیمارستان از کارکنان درگیر در حوادث ایمنی بیمار تا زمانی که به‌دلیل قصور و از روی عمد نباشد، پشتیبانی می‌نماید؟

۲. پرستاران در تحویل بین شیفت‌ها از چه فرایند ارتباطی استفاده می‌کنند؟

۳. آیا به‌نظر شما فرهنگ ایمنی بیمار باز، غیرتنبیهی، عاری از سرزنش و مبتنی‌بر یادگیری، بهبود مستمر در تمامی بیمارستان وجود دارد؟

۴. آیا مدیریت بیمارستان نگرش کارکنان نسبت به فرهنگ ایمنی بیمار را به‌طور مرتب ارزیابی می‌کند؟

۵. آیا بیمارستان تعمیرات پیشگیرانه منظم برای دستگاه‌ها و تجهیزات، از جمله کالیبراسیون را انجام می‌دهد؟

۶. آیا بیمارستان به‌صورت منظم و دوره‌ای تجهیزات خراب یا معیوب را تعمیر، تعویض یا از رده خارج می‌نماید؟

۷. آیا بیمارستان تضمین می‌نماید که کارکنان آموزش مناسب برای کار با تجهیزات موجود را دریافت می‌کنند؟

۸. آیا بیمارستان تضمین می‌نماید که تمام وسایل پزشکی با قابلیت استفاده مجدد قبل از استفاده به‌درستی ضدعفونی / استریل شده‌اند؟

۹. آیا بیمارستان تجهیزات کافی برای اطمینان از ضدعفونی و استریل کردن سریع دارد[۱]؟

۱۰. آیا هویت همه بیماران حداقل با دو شناسه شامل نام و نام‌خانوادگی و تاریخ تولد شناسایی و تأیید می‌شود؟

۱۱. آیا روالی برای شناسایی آلرژی‌ها، به‌عنوان مثال توسط سیستم کدبندی رنگی وجود دارد؟

۱۲. آیا شما احساسات و عواطف بیماران و مراقبین آنها را در تمام مراحل مراقبت در نظر می‌گیرید؟

۱۳. آیا مدیریت بیمارستان به شما دستوراتی برای حمایت از خانواده و مراقبین بیماران در خصوص بیماران در حال احتضار داده است؟

۱۴. آیا روالی برای اطمینان از تزریقات ایمن از طریق موارد زیر وجود دارد؟

۱۵. جلوگیری از استفاده مجدد از سرسوزن در بیمارستان؟

۱۶. آموزش بیماران و خانواده‌ها در مورد انتقال عوامل بیماری‌زا از راه خون؟

۱۷. اطمینان از روش‌های دفع ایمن سرنگ، به‌عنوان مثال: خودداری از گذاشتن درپوش سرسوزن‌ها و استفاده از ظروف ایمن؟

۱۸. اطمینان از آماده‌سازی و ضدعفونی پوست محل تزریق به روش آسپتیک قبل از تجویز هر گونه دارو و محلول‌های تزریقی و تلقیح واکسن؟

---

۱. روش اجرایی «تک‌پیچ» و یا روش اجرایی با استفاده از « اتوکلاو فلش»

۱۹. وجود راهنماهای واکنش‌های آنافیلاکتیکی که ممکن است پس از تجویز هرگونه دارو و محلول‌های تزریقی و تلقیح واکسن رخ دهد؟
۲۰. آیا شما در ارتباط با ایمنی بیمار آموزش توجیهی دیده‌اید؟
۲۱. آیا آموزش مداوم برای همه کارکنان به‌منظور تضمین ارائه خدمات ایمن به بیمار اجرا می‌شود؟
۲۲. آیا شما با روش گزارش‌دهی و اقداماتی که باید در حین و بعد از رخداد یک واقعه ناخواسته انجام شود، آشنا هستید؟
۲۳. آیا در بخش شما تجهیزات خراب و معیوب وجود دارد؟
۲۴. آیا تابه‌حال در درمان بیماران به دلیل خرابی تجهیزات با تأخیر مواجه شده‌اید؟
۲۵. در صورت نقص یا خرابی تجهیزات چه اتفاقی می‌افتد؟
۲۶. آیا در زمینه استفاده، ضدعفونی و استریلیزاسیون تجهیزات آموزش دیده‌اید؟
۲۷. آیا شما به بیماران در مورد خطمشی‌های بیمارستان در زمینه حقوق بیمار و خانواده توضیح می‌دهید؟

مصاحبه با مسئول ارتقای حرفه‌ای کارکنان[1]

۱. آیا بیمارستان برنامه آموزش توجیهی در زمینه ایمنی بیمار دارد؟
۲. آیا بیمارستان برنامه مشخص و ویژه‌ای برای ارتقاء حرفه‌ای کارکنان در زمینه ایمنی بیمار دارد؟
۳. در صورت مثبت بودن پاسخ، این برنامه شامل چه مواردی می‌شود؟
۴. آیا همه کارکنان با روش گزارش‌دهی و اقداماتی که باید در حین و بعد از رخداد یک واقعه ناخواسته انجام شود، آشنا هستند؟
۵. آیا کمیته کادر پزشکی صلاحیت همه ارائه‌دهندگان خدمات سلامت شاغل در بیمارستان را پایش می‌نماید؟
۶. آیا بیمارستان صلاحیت همه ارائه‌دهندگان خدمات سلامت را توسط یک «کمیته داخلی تعیین صلاحیت تخصصی» احراز و تأیید می‌کند؟
۷. اگر پاسخ مثبت است، چه شواهدی دال‌بر تأیید این موضوع وجود دارد؟

مصاحبه با مدیر بالینی/کادر پزشکی

۱. چه تعداد از پرسنل مسئولیت مدیریت پسماندهای پزشکی را بر عهده دارند؟
۲. آیا کارکنان این واحد هیچ‌گونه آموزشی دیده‌اند؟
۳. آیا کارکنان از خطرات ناشی از کار با پسماندهای پزشکی آگاه هستند؟

۱. می‌توان با سوپروایزر آموزشی یا مسئولیت کیفیت بیمارستان مصاحبه نمود.

۴. آیا بیمارستان کارکنان خود را علیه هپاتیت B و سایر بیماری‌های عفونی واکسینه می‌کند؟
۵. آیا بیمارستان پسماندهای خود را در مبدأ تفکیک می‌کند؟
۶. آیا بیمارستان از سیستم کدبندی رنگی برای تفکیک پسماندها استفاده می‌کند؟
۷. کارکنان از چه وسایل حفاظت فردی در هنگام کار با پسماندها استفاده می‌کنند؟
۸. آیا محفظه‌های خاصی برای دفع پسماندهای عفونی وجود دارد؟
۹. آیا محفظه‌های خاصی برای دفع وسایل نوک تیز و بُرنده وجود دارد؟
۱۰. آیا محل نگهداری موقت پسماندها ایمن و محفوظ است؟
۱۱. آیا پسماندهای پزشکی به روشی ایمن جمع‌آوری و حمل می‌شوند؟
۱۲. چگونه پسماندهای پزشکی امحا می‌شوند؟
۱۳. آیا بیمارستان از راهنماهای مدیریت پسماندهای بیولوژیک تبعیت می‌کند؟
۱۴. آیا بیمارستان از راهنماهای مدیریت پسماندهای اشیا نوک‌تیز و بُرنده تبعیت می‌کند؟
۱۵. آیا بیمارستان از راهنماهای مدیریت پسماندهای شیمیایی تبعیت می‌کند؟
۱۶. آیا بیمارستان از راهنماهای مدیریت پسماندهای رادیولوژیک تبعیت می‌کند؟
۱۷. محل دفع نهایی پسماندهای پزشکی کجاست؟
۱۸. در طی شش ماه گذشته چند مورد آسیب ناشی از سرسوزن[1] گزارش شده است؟
۱۹. بیمارستان در هنگام گزارش آسیب ناشی از سرسوزن چه تمهیداتی را اتخاذ می‌نماید؟

1. Needle stick injury

قالب گزارش

۱. خلاصه اجرایی

اهداف

ارزیابی خارجی بیمارستان (**نام بیمارستان**) بر اساس استانداردهای ویرایش سوم چارچوب بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار دفتر مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت.

ویژگی‌ها

(نام بیمارستان) یک بیمارستان **دولتی یا خصوصی** است که در (**شهر و کشور**) واقع شده است. این بیمارستان خدمات سطح (۳) / فوق‌تخصصی را ارائه می‌کند و ظرفیت آن . . . تخت است. این بیمارستان طیف گسترده‌ای از خدمات جراحی و داخلی را در مراکز بستری و سرپایی ارائه می‌دهد.

روش کار

چارچوب بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار شامل ۱۳۴ معیار است که به سه دسته الزامی، اساسی و پیشرفته تقسیم می‌شوند. این ۱۳۴ معیار ایمنی بیمار به ۵ حیطه تقسیم می‌شوند: A: رهبری و مدیریت؛ B: مشارکت بیماران و جامعه؛ C: خدمات بالینی ایمن و مبتنی‌بر شواهد؛ D: محیط ایمن؛ و E: آموزش مداوم.
ارزیابی چارچوب بیمارستان ایمنی بیمار یک اقدام داوطلبانه است و توصیه می‌شود این اقدام به شکل خودارزیابی آغاز شود. این اقدام باعث می‌شود بیمارستان بتواند شکاف‌های موجود را شناسایی نماید و زمینه‌هایی که باید مورد توجه قرار گیرند را در اولویت قرار دهد. در مرحله بعد، تیمی از کارشناسان این حوزه از خارج از بیمارستان، بیمارستان را بازدید نموده و ۱۳۴ معیار استاندارد مذکور را در این بیمارستان ارزیابی می‌نمایند. ارزیابی با رویکردهای مختلفی انجام می‌شود که با ادغام یافته‌ها نتیجه اصلی ارزیابی به دست می‌آید. رویکردها شامل مرور مستندات، انجام مصاحبه‌ها و مشاهده میدانی از بخش‌های کلیدی است.

اجرای ارزیابی چارچوب بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار بسته به‌اندازه (**نام بیمارستان**)، توسط سه الی چهار ارزیاب در طی سه الی چهار روز کاری **در تاریخ** می‌تواند انجام شود.

یافته‌ها

در این ارزیابی (نام بیمارستان) . . . درصد انطباق با معیارهای الزامی را کسب کرده است. از بین ۹۴ معیار اساسی تعداد . . . معیار توسط تیم ارزیابی غیرقابل ارزیابی تشخیص داده شدند. (نام بیمارستان) . . . میزان انطباق با ۹۴ معیارهای اساسی را در این ارزیابی کسب نمود. عملکرد (نام بیمارستان) نسبت به ۱۵ معیار پیشرفته هم بررسی شد و . . . درصد انطباق با معیارهای پیشرفته را در این ارزیابی کسب نمود.
از بین پنج حیطه، امتیاز (نام حیطه) بیشترین امتیاز از کل (درصد امتیاز) بوده است و به‌ترتیب امتیاز احراز شده در سایر حیطه‌ها نسبت به کل به‌شرح ذیل می‌باشد:
اولویت دوم: (نام حیطه)، اولویت سوم: (نام حیطه)، اولویت چهارم: (نام حیطه)، اولویت پنجم: (نام حیطه).

نتیجه‌گیری

در ارزیابی مشخص شد (نام بیمارستان) . . . درصد با معیارهای الزامی، . . . درصد با معیارهای اساسی و . . . درصد با معیارهای پیشرفته منطبق است، لذا (نام بیمارستان) سطح . . . استانداردهای بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار را احراز نموده است.

۲. معرفی چارچوب بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار

۳. معرفی {نام بیمارستان}

۴. روش کار ارزیابی {نام بیمارستان}

بر اساس دستورالعمل ارزیابی ایمنی بیمار ویرایش سوم چارچوب بیمارستان‌های دوستدار ایمنی بیمار دفتر مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت، روش ارزیابی زیر در (**نام بیمارستان**) اعمال شد.

یک تیم ارزیاب خارجی به مدت دو روز (**تاریخ**) در محل حضور داشتند.

- **نام ارزیاب، نام کشور**
- **نام ارزیاب، نام کشور**
- **نام ارزیاب، نام کشور**

ارزیابی شامل بررسی مستندات، مصاحبه با ذینفعان اصلی و بازدید از بخش‌های اصلی بود، بر اساس پیوست ۱ (**برنامه نام بیمارستان**) مراجعه کنید. از پرسنل (**نام بیمارستان**) به دلیل مهمان‌نوازی، صراحت کلام و توانمندی که در هنگام ارزیابی مشاهده شد تقدیر و تشکر می‌شود. مستندات به شکلی شفاف ارائه و دسته‌بندی شده و بازیابی آنها آسان بود.

۵. یافته‌ها

۵-۱: رهبری و مدیریت

۵-۱-۱: نقاط قوت

۵-۱-۲: فرصت‌های بهبود

۵-۲: مشارکت بیماران و جامعه

۵-۲-۱: نقاط قوت

۵-۲-۲: فرصت‌های بهبود

۵-۳: خدمات بالینی مبتنی‌بر شواهد ایمن

۵-۳-۱: نقاط قوت

۵-۳-۲: فرصت‌های بهبود

۵-۴: محیط ایمن

۵-۴-۱: نقاط قوت

۵-۴-۲: فرصت‌های بهبود

۵-۵: آموزش مداوم

۵-۵-۱: نقاط قوت

۵-۵-۲: فرصت‌های بهبود

۶. نتیجه‌گیری

۷. توصیه‌ها

۷-۱: کوتاه‌مدت

۷-۲: بلندمدت

استانداردهای ایمنی بیمار مجموعه‌ای از الزامات هستند که برای استقرار و ارزیابی برنامه‌های ایمنی بیمار در سطح بیمارستان ضروری می‌باشند. در کتاب حاضر که ویرایش سوم دستورالعمل ارزیابی ایمنی بیمار می‌باشد، مجموعه‌ای به‌روز شده از استانداردها و معیارهای ارزیابی ارائه شده است که بهترین نحوه ارائه خدمات بالینی و رهنمودهای مورد تأیید سازمان جهانی بهداشت را منعکس می‌نماید. این دستورالعمل، از اجرای ارزیابی‌های ایمنی بیمار و برنامه‌های بهبود کیفیت به‌عنوان بخشی از چارچوب بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار، حمایت و پشتیبانی می‌کند تا اطمینان حاصل شود که ایمنی بیمار در اولویت قرار دارد و بیمارستان و کارکنان بهترین خدمات بالینی را ارائه می‌دهند. کتابچه راهنمای ارزیابی ایمنی بیمار، ابزارهای لازم را برای انجمن‌های حرفه‌ای، نهادهای نظارتی یا اعتباربخشی و وزارت بهداشت به‌منظور بهبود ایمنی بیمار فراهم می‌کند.