

## آیین نامه نخستین جشنواره کشوری حاکمیت بالینی - سال ۱۳۹۰

پیرو نامه شماره ۳۸۸۰۴۴ مورخ ۸۸/۸/۱۰ مقام محترم وزارت متبوع در خصوص انتخاب حاکمیت بالینی به عنوان چهارچوب مورد قبول برای دستیابی به حداکثر کیفیت در ارائه خدمات سلامت و به منظور قدردانی از زحمات و تلاش های انجام شده در خصوص استقرار و اجرای حاکمیت بالینی در کشور، اداره حاکمیت بالینی معاونت درمان وزارت متبوع مراسمی به عنوان جشنواره حاکمیت بالینی برگزار می کند. زمان برگزاری هفته آخر آذر ماه سال جاری بوده و محل برگزاری این جشنواره متعاقبا اعلام خواهد شد.

### اهداف کلی :

- ❖ ایجاد فرهنگ انجام کار تیمی، ضرورت رهبری، احساس مالکیت (ownership)، یادگیری و به اشتراک گذاری درس های آموخته شده، توسعه ارتباطات سازمانی و اجتماعی و تغییر رفتار به سمت ایجاد باور قلبی به ضرورت استقرار کیفیت.
- ❖ ایجاد مشارکت در ارتقای کیفیت خدمات سلامت در راستای نظام حاکمیت بالینی.
- ❖ افزایش آگاهی و هوشیاری دانشگاه ها در خصوص نحوه استقرار و اجرای حاکمیت بالینی.
- ❖ ترغیب مدیران و ارائه کنندگان خدمات درمانی به ارتقای مستمر کیفیت در راستای نظام حاکمیت بالینی.
- ❖ تشویق و معرفی مدیران و ارائه کنندگان خدمات درمانی موفق و برگزیده در سطح مراکز درمانی و در سطح دانشگاه ها به تفکیک.

مواردی که در سال جاری برای برگزاری این جشنواره در نظر گرفته شده اند، اعلام می شود.

تعیین و اعلام دانشگاه های برگزیده

تعیین و اعلام بیمارستان های برگزیده

تعیین و اعلام چند مداخله برگزیده موثر در ارتقا و بهبود کیفیت ایمنی بیمار

### کلیات :

ابتدا هر دانشگاه بیمارستان های تحت پوشش خود را براساس ملاک های اعلام شده جشنواره، مورد ارزیابی و براساس امتیازات کسب شده مورد رتبه بندی قرار داده و به دبیرخانه جشنواره حداکثر تا پایان وقت اداری ۹۰/۸/۱۰ اعلام می نمایند. لازم به ذکر است که این تاریخ به هیچ وجه تمدید نخواهد شد. سپس گروه ارزیابان خارجی متشکل از کارشناسان مجرب و متعهد حاکمیت بالینی در دانشگاه های علوم پزشکی کشور و اعضای محترم کمیته علمی حاکمیت بالینی مبادرت به حضور در دانشگاه ها نموده و تعدادی از بیمارستانهای تحت پوشش آن دانشگاه را مورد ارزیابی قرار می دهند و بعد از تایید امتیازات اخذ شده، اسامی بیمارستان های منتخب به جشنواره اعلام خواهند شد. سپس بیمارستان های منتخب توسط هیات داوران مورد ارزیابی نهایی قرار گرفته و در روز جشنواره که تاریخ دقیق آن متعاقبا اعلام خواهد شد، از برگزیدگان قدردانی به عمل آمده و به آن ها جوایز نفیسی اهدا خواهد شد.

لازم به ذکر است، دانشگاه ها نیز براساس ملاک های خاصی که در سطح دانشگاه ها تدوین شده است، مورد ارزیابی قرار گرفته ضمن آن که عملکرد بیمارستان ها به عنوان بیمارستان شاخص در هر محور نیز مورد لحاظ قرار خواهد گرفت.

### دبیرخانه جشنواره:

اداره حاکمیت بالینی، دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی

معاونت درمان، وزارت بهداشت

نشانی: خیابان حافظ، تقاطع جمهوری

تلفن: ۶۶۷۰۹۰۸۵ نمابر: ۶۶۷۰۹۰۷۰

### معیارهای انتخاب برگزیدگان:

معیار های جشنواره سال ۱۳۹۰ به ضمیمه ارسال می شود.

### شواهد و نحوه ارائه آنها:

۱- گروه ارزیابان خارجی براساس برنامه زمان بندی شده از آبان ماه سال ۱۳۹۰ مبادرت به پایش و ارزیابی بیمارستان های معرفی شده توسط دانشگاه ها، خواهند نمود.

۲- ارزیابی براساس مشاهد مستندات، مصاحبه با صاحبان فرایند، بیماران و همراهان، و مشاهده مستقیم عرصه ارائه خدمت خواهد بود.

۳- نحوه ارزیابی و نحوه امتیاز دهی در متن ملاک های جشنواره به تفصیل آورده شده است.

ملاک های جشنواره حاکمیت خدمات بالینی در سال ۱۳۹۰

نام محور	ملاک	تعریف ملاک	امتیاز ملاک	نحوه ارزیابی ملاک
<b>مدیریتی</b>	۱ - تدوین برنامه استراتژیک بیمارستان در راستای استقرار حاکمیت بالینی	۱- برنامه استراتژیک بیمارستان تدوین شده باشد ۲ - تدوین برنامه عملیاتی سالیانه بیمارستان با تاکید بر اجرای حاکمیت بالینی ۳ - پایش پیشرفت برنامه عملیاتی براساس زمان بندی اعلام شده ۴ - نظارت مستمر بر تشکیل و اجرای مصوبات سایر کمیته های بیمارستانی.	۱ - ۱۰ امتیاز ۲ - ۱۰ امتیاز ۳ - ۱۰ امتیاز ۴ - ۱۰ امتیاز <b>جمع = ۴۰ امتیاز</b>	۱ - وجود برنامه استراتژیک مدون ۲ - وجود برنامه عملیاتی ۳ - برنامه عملیاتی مطابق جداول زمانی تعیین شده پیش رفته باشد ۴ - مشاهده صورت جلسات کمیته ها و حضور ریاست یا مدیریت بیمارستان در جلسات
	۲- وجود دفتر/گروه/ واحد حاکمیت بالینی در بیمارستان	۱ - وجود دفتر حاکمیت بالینی ۲ - صدور ابلاغ برای مسوول این برنامه ۳ - تدوین و تصویب شرح وظایف ۴ - اختصاص نیروی کارشناسی متناسب با تعداد تخت ۵ - دادن اختیار لازم به کارشناس حاکمیت بالینی برای اجرای برنامه در بیمارستان	۱ - ۵ امتیاز ۲ - ۵ امتیاز ۳ - ۵ امتیاز ۴ - ۱۰ امتیاز ۵ - ۱۰ امتیاز <b>جمع = ۳۵ امتیاز</b>	۱ - مشاهده مستندات ۲ - مشاهده مستندات ۳ - مشاهده مستندات ۴ - مشاهده مستندات ۵- مصاحبه با کارشناس مسوول حاکمیت بالینی و سه نفر از سرپرستاران بخش ها
	۳-انجام بازدید های مدیریتی Walk-round	۱ - وجود برنامه مدونی برای انجام بازدید های مدیریتی براساس فواصل زمانی منظم و مستمر براساس دستورالعمل تدوین شده از طرف اداره حاکمیت بالینی ۲ - وجود چک لیست و گزارش بازدید های مدیریتی انجام شده براساس آن ۳ - انجام اقدامات اصلاحی براساس نتایج walk-round	۱ - ۵ امتیاز ۲ - ۱۰ امتیاز ۳ - ۱۰ امتیاز <b>جمع = ۲۵ امتیاز</b>	۱ - مشاهده مستندات ۲ - مشاهده مستندات ۳ - مشاهده مستندات.

نام محور	ملاک	تعریف ملاک	امتیاز ملاک	نحوه ارزیابی ملاک
	۱- فرهنگ سازی و زمینه سازی	۱ - برگزاری برنامه های آموزشی در خصوص کلیات حاکمیت بالینی حداقل برای ۷۵٪ کارکنان بالینی (پزشک، پرستار، ماما، اعم از هیات علمی و غیر هیات علمی، پیراپزشکان و کادر غیر درمانی) ۲ - انجام اقدامات ابتکاری در نهادینه سازی حاکمیت بالینی و ارتقای فرهنگ عدم سرزنش در خصوص خطاهای پزشکی	۱ - ۲۵ امتیاز ۲ - ۲۰ امتیاز <b>جمع = ۴۵ امتیاز</b>	۱ - وجود مستندات و مصاحبه با پرسنل ۲ - وجود مستندات و مصاحبه با پرسنل
	۲- شناسایی خطر	۱ - تدوین لیست خطرات به صورت پیشگیرانه (proactive) با اولویت برای بخش های اورژانس و ویژه (CCU, ICU, دیالیز) و بخش labor ۲ - تدوین فرم ثبت خطاهای پزشکی (کاغذی، اینترنتی، اتوماسیون اداری، .....) ۳ - ثبت خطاهای پزشکی (Reactive)	۱ - ۲۰ امتیاز ۲ - ۱۰ امتیاز ۳ - ۲۰ امتیاز <b>جمع = ۵۰ امتیاز</b>	۱ - وجود لیست خطرات شناسایی شده با اولویت برای بخش های اورژانس ویژه (CCU, ICU, دیالیز) و بخش labor ۲ - وجود فرم ۳ - وجود فرم های تکمیل شده و گزارش شده خطاهای پزشکی
	۳- تحلیل خطر	۱ - انجام «تحلیل ریشه ای وقایع» برای مرگ های ثبت شده در بیمارستان شامل: ۱-۱- ارسال کلیه پرونده های مرگ به کمیته مرگ و میر در بیمارستان ۲-۱- انجام «تحلیل ریشه ای وقایع» برای کلیه sentinel event ثبت شده در بیمارستان ۳-۱- انجام تحلیل ریشه ای وقایع پرونده مرگ هایی که با صلاحدید کمیته مرگ و میر انتخاب شده اند	۱-۱- ۱۰ امتیاز ارسال کلیه پرونده ها ۲-۱- ۳۵ امتیاز ۳-۱- ۳۵ امتیاز برای تحلیل خطاهای پزشکی <b>جمع = ۸۰ امتیاز</b>	مشاهده مستندات و مصاحبه
	۴- استراتژی جهت کاهش، حذف، انتقال	۱ - اجرای ۹ راه حل ایمنی بیمار (9 solution) سازمان بهداشت جهانی ۱-۱- توجه به داروهای با نام و تلفظ مشابه	۱ - ۳۰ امتیاز	اجرای ۹ راه حل ایمنی بیمار در تمام مراحل باید شامل

	خطر	<p>۱-۲- شناسایی بیمار (وجود خط مشی و رویه مشخص برای شناسایی بیمار)<sup>۳</sup></p> <p>۱-۳- ارتباط موثر در زمان تحویل بیمار (وجود خط مشی و رویه مشخص)</p> <p>۱-۴- انجام پروسیجر صحیح در محل صحیح بدن بیمار</p> <p>۱-۵- کنترل غلظت محلول های الکترولیت</p> <p>۱-۶- اطمینان از صحت دارو درمانی در مراحل انتقالی ارایه خدمات (تلفیق دارویی)<sup>۵</sup></p> <p>۱-۷- اجتناب از اتصالات نادرست سوند و لوله ها</p> <p>۱-۸- استفاده از وسایل یکبار مصرف از وسایل تزریقات</p> <p>۱-۹- بهبود بهداشت دست<sup>۶</sup></p>	<p>۱-۴ - ۳۰ امتیاز</p> <p>۱-۴ - ۳۰ امتیاز</p> <p>۱-۴ - ۳۰ امتیاز</p> <p>۱-۵ - ۳۰ امتیاز</p> <p>۱-۶ - ۳۰ امتیاز</p> <p>۱-۷ - ۳۰ امتیاز</p> <p>۱-۸ - صفر</p> <p>۱-۹ - ۳۰ امتیاز</p> <p><b>جمع = ۲۴۰ امتیاز</b></p>	<p>موارد زیر باشد:</p> <p>وجود خط مشی / رویه مشخص / راهنمای بالینی / دستورالعمل (۱۰ امتیاز)</p> <p>اجرای موارد (۱۰ امتیاز)</p> <p>پایش و نظارت بر اجرا (۱۰ امتیاز)</p> <p>(مصاحبه با بیمار و کارکنان و مشاهده مستقیم و مشاهده چند پرونده به صورت تصادفی)</p> <p>(برای مورد شماره ۱-۸- با توجه به آن که در کشور ما مصداق عمومی دارد امتیازی خاصی تعلق نمی گیرد)</p>
	<p>۲ - ارتقای ایمنی جراحی با استفاده از چک لیست جراحی ایمن<sup>۷</sup> شامل:</p> <p>۲-۱- وجود چک لیست و دستورالعمل اجرایی جراحی ایمن</p> <p>۲-۲- آگاهی کارکنان بخش جراحی در خصوص وجود چک لیست جراحی ایمن</p> <p>۲-۳- دقت و صحت در تکمیل چک لیست برای هر بیمار اطلاق عمل و نگهداری در اوراق پرونده</p> <p>۲-۴- داشتن سه امضا (جراح- پرستار سیرکولار- اطلاق عمل- متخصص بیهوشی) جهت تایید چک لیست</p>	<p>۲-۱- ۵ امتیاز</p> <p>۲-۲- ۵ امتیاز</p> <p>۲-۳- ۱۰ امتیاز</p> <p>۲-۴- ۱۵ امتیاز</p> <p><b>جمع = ۳۵ امتیاز</b></p>	<p>۲-۱- (مشاهده چک لیست)</p> <p>۲-۲- مصاحبه با پرسنل بخش جراحی</p> <p>۲-۳- (مشاهده ۵ پرونده تصادفی از ابتدای سال ۹۰ تا زمان پایش)</p> <p>۲-۴- (مشاهده ۵ پرونده تصادفی از ابتدای سال ۹۰ تا زمان پایش و مصاحبه با پرسنل اطلاق عمل)</p>	
	<p>۳ - جدا سازی و تفکیک پسماند ها شامل:</p> <p>۳-۱- استفاده از color coding (کد بندی رنگی پسماند ها)</p> <p>۳-۲- تفکیک پسماند ها از مبدا مطابق دستورالعمل کشوری سلامت محیط و کار سال ۸۱</p>	<p>۳-۱- ۵ امتیاز</p> <p>۳-۲- ۲۰ امتیاز</p>	<p>تمام مراحل براساس مشاهده مستقیم</p>	

	۳-۳ - ۲۰ امتیاز <b>جمع = ۴۵ امتیاز</b>	۳-۳-استفاده بهینه ^ از safety box		
<p>تمام مراحل براساس وجود مستندات، مصاحبه با پرسنل، وجود مستنداتی مبنی بر تعمیر و پشتیبانی به موقع، همکاری لازم واحد تجهیزات پزشکی با پرسنل بخش و جلب رضایت سرپرستار بخش از واحد تجهیزات پزشکی</p>	<p>۴-۱ - ۲۰ امتیاز</p> <p>۴-۲ - ۱۰ امتیاز</p> <p>۴-۳ - ۱۰ امتیاز</p> <p>۴-۴ - ۵ امتیاز</p> <p>۴-۵ - ۵ امتیاز</p> <p><b>جمع = ۵۰ امتیاز</b></p>	<p>۴-کالیبراسیون، نگهداری و پشتیبانی تجهیزات موجود حداقل در بخش های ویژه شامل:</p> <p>۴-۱-وجود مستنداتی مبنی بر کالیبراسیون دستگاه های موجود</p> <p>۴-۲-وجود دستورالعمل نحوه کار با دستگاه ها و تجهیزات موجود در کنار دستگاه و تجهیزات</p> <p>۴-۳-وجود و در دسترس بودن گزارش تعمیر و گزارش سرویس های مستمر و منظم تجهیزات موجود</p> <p>۴-۴-وجود دستورالعمل مدون نحوه درخواست تهیه و یا تعمیر دستگاه ها و تجهیزات پزشکی</p> <p>۴-۵-تعامل موثر بخش های بالینی با واحد تجهیزات پزشکی</p>		
<p>۵-۱-اجرای درست کد</p> <p>۵-۲-وجود ابلاغ و تدوین شرح وظایف برای اعضای تیم وجود مستندات</p> <p>۵-۳-مشاهده مستندات</p> <p>۵-۴-وجود مستنداتی مبنی بر کالیبراسیون دستگاه ها، دستورالعمل کارکرد، و پشتیبانی و سرویس منظم و مستمر</p> <p>۵-۵-مطابق با دستورالعمل اداره اورژانس مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی وزارت متبوع</p> <p>۵-۶-محاسبه میزان CPR موفق طبق تعریف دفتر فوریت ها و حوادث پزشکی و ثبت روند آن وجود مستندات پایش (وجود چک لیست، برنامه ریزی پایش و انجام پایش)</p> <p>۵-۷-انجام مستندات انجام اقدامات اصلاحی</p>	<p>۵-۱ - ۵ امتیاز</p> <p>۵-۲ - ۱۰ امتیاز</p> <p>۵-۳ - ۱۰ امتیاز</p> <p>۵-۴ - ۱۰ امتیاز</p> <p>۵-۵ - ۱۰ امتیاز</p> <p>۵-۶ - ۱۰ امتیاز</p> <p>۵-۷ - ۱۰ امتیاز</p> <p><b>جمع = ۶۵ امتیاز</b></p>	<p>۵-۱-ایجاد نظام CPR شامل:</p> <p>۵-۱-وجود کد</p> <p>۵-۲-وجود تیم مجرب و کار آزموده</p> <p>۵-۳-وجود دستورالعمل انجام CPR برگزاری دوره های آموزش عملی و تئوری به طور منظم و مستمر برای تیم</p> <p>۵-۴-وجود تجهیزات سالم</p> <p>۵-۵-وجود دارو های مورد لزوم</p> <p>۵-۶-پایش و نظارت مداوم بر نظام CPR با تاکید بر تعیین درصد CPR موفق</p> <p>۵-۷-انجام مداخلات اصلاحی براساس نتایج پایش</p>		
مشاهده مستندات و مصاحبه		۶ - کنترل عفونت بیمارستانی مطابق با راهنمای کشوری		

	<p>۶-۱ - ۲۰ امتیاز</p> <p>۶-۲ - ۲۰ امتیاز</p> <p>۶-۳ - ۲۰ امتیاز</p> <p><b>جمع = ۶۰ امتیاز</b></p>	<p><b>نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی<sup>۹</sup> شامل:</b></p> <p>۶-۱ - نظارت و پیگیری پرستار کنترل عفونت از بخش ها و آزمایشگاه</p> <p>۶-۲ - گزارش اولیه عفونت و تطبیق با استاندارد NN IS</p> <p>۶-۳ - تایید عفونت توسط پزشک کنترل عفونت و ثبت در فرم</p>		
<p>وجود مستندات مبنی بر اعلام درس های آموخته شده حداقل از تحلیل های کمیته مرگ و میر، عفونت و خطاهای پزشکی (هر کدام ۱۰ امتیاز)</p>	<p><b>۳۰ امتیاز</b></p>	<p>ایجاد نظام یاد گیری و به اشتراک گذاری درس های آموخته شده (Learn and Share)</p> <p>یادگیری از کلیه نتایج تحلیل کمیته های بیمارستانی (مرگ و میر، عفونت، ....)، خطاهای پزشکی، .....</p>	<p>۵ - یادگیری و به اشتراک گذاری درس های آموخته شده</p>	

نام محور	ملاک	تعریف ملاک	امتیاز ملاک	نحوه ارزیابی ملاک
	۱- اقدامات انجام شده در خصوص ترخیص با رضایت شخصی	۱ - ثبت روزانه موارد ترخیص با رضایت شخصی حداقل در بخش اورژانس ۲ - تعیین درصد ترخیص با رضایت شخصی به صورت ماهیانه و مقایسه با <b>استاندارد<sup>۱۰</sup></b> ۳ - انجام اقدامات اصلاحی ۴ - <b>ممیزی</b> مجدد میزان ترخیص با رضایت شخصی حداقل سه ماه بعد از انجام اقدامات اصلاحی	۱ - ۵ امتیاز ۲ - ۵ امتیاز ۳ - ۱۰ امتیاز ۴ - ۱۰ امتیاز <b>جمع = ۳۰ امتیاز</b>	۱ - مشاهده مستندات ۲ - مشاهده مستندات ۳ - مشاهده مستندات ۴ - مشاهده مستندات
	۲- راه اندازی فرایند رسیدگی به شکایات	۱ - وجود مکانی برای رسیدگی به شکایات ۲ - اختصاص فردی به عنوان مسوول رسیدگی به شکایات و وجود تابلوی اطلاع رسانی جهت هدایت فرد شاکی ۳ - وجود فرایند مشخص رسیدگی به شکایات ۳-۱- ایجاد شیوه های متعدد دریافت شکایات (تلفنی-مکاتبه ای- حضوری- اینترنتی.....) ۳-۲- اختصاص کد به هر شکایت جهت امکان ردیابی و دادن کد به فرد شاکی ۳-۳- بررسی شکایات براساس اولویت، شدت و تکرار ۳-۴- تحلیل و ثبت شکایات ۳-۵- انجام اقدامات اصلاحی براساس نتایج تحلیل ۳-۶- آرایه بازخورد به فرد شاکی در مدت زمان تعیین شده (مناسب با وضعیت شکایت) ۳-۷- اعلام درس های گرفته شده به کلیه بخش ها	۱ - ۵ امتیاز ۲ - ۱۵ امتیاز ۳ - ۷۵ امتیاز شامل: ۳ - ۲۰ امتیاز ۳ - ۵ امتیاز ۳ - ۱۰ امتیاز ۳ - ۱۰ امتیاز ۳ - ۱۰ امتیاز ۳ - ۱۰ امتیاز ۳ - ۱۰ امتیاز <b>جمع = ۹۵ امتیاز</b>	۱ - مشاهده مستندات ۲ - وجود فرد مسوول رسیدگی به شکایات ۳ - مشاهده مستندات، مصاحبه با شاکی، مصاحبه با بیماران، مصاحبه با پرسنل
	۳- تکریم بیماران و همراهان	۱ - ایجاد نظامی برای خوش آمد گویی به بیمار در بدو بستری در بخش: ۱-۱- <b>بیان حقوق بیمار براساس منشور حقوق بیمار</b>	۱ - ۱۰ امتیاز ۱ - ۱۰ امتیاز	مشاهده مستندات، مصاحبه با بیماران (از بدو بستری تا زمان ترخیص) و مصاحبه با پرسنل

<p>۲ - ۱۰ امتیاز</p> <p>۳ - ۱۰ امتیاز</p> <p>۴ - ۱۰ امتیاز</p> <p>۵ - ۱۰ امتیاز</p> <p>۶-۱ - ۳۵ امتیاز</p> <p>۶-۲ - ۲۰ امتیاز</p> <p>۶-۳ - ۲۰ امتیاز</p> <p><b>جمع=۱۳۵ امتیاز</b></p>	<p>۱-۲- معرفی خدمات غیر درمانی مانند نشان دادن محل پله اضطراری-دستشویی-زنگ اخبار- نحوه استفاده از اهرم های تخت- نحوه استفاده از امکانات موجود در بخش</p> <p>۲ - تکمیل فرم رضایت آگاهانه با مشارکت پزشک <u>معالج</u> برای اقدامات تشخیصی، درمان تهاجمی، و جراحی، استفاده از خون و فراورده های خونی</p> <p>۳ - آگاهی دادن به کلیه کارکنان ارایه دهنده خدمت در خصوص ضرورت معرفی خود به بیمار در زمان اولین نوبت ارایه خدمت و وجود اتیکت مشخصات بر روی سینه هر پرسنل ارایه دهنده خدمت</p> <p>۴ - وجود فرایند مدون در خصوص آموزش به بیمار در خصوص نحوه مراقبت از خود، نوع و نحوه مصرف دارو های تجویز شده، تغذیه، سیر بیماری و اجرای آن به صورت کلامی و نوشتاری</p> <p>۵ - وجود فرایند مدون آموزش به بیمار در زمان ترخیص در خصوص نحوه مراقبت از خود، نوع و نحوه مصرف دارو های تجویز شده، تغذیه، مراقبت های بعد از ترخیص، نحوه مراجعات بعدی در صورت لزوم و اجرای آن به صورت کلامی و نوشتاری</p> <p>۶ - ایجاد نظام رضایت سنجی از بیماران شامل:</p> <p>۶-۱- تهیه فرم ، جمع آوری، تحلیل دقیق ماهانه و مقایسه با ماه های گذشته</p> <p>۶-۲- انجام اقدامات مداخله ای براساس نتایج نظرات</p> <p>۶-۳- ممیزی مجدد</p>		
---	---	--	--



نام محور	ملاک	تعریف ملاک	امتیاز ملاک	نحوه ارزیابی ملاک
<b>استفاده از اطلاعات</b>	۱- تعیین درصد بیماران تعیین تکلیف شده زیر ۶ ساعت و تعیین درصد بیماران بستری موقت خارج شده از اورژانس زیر ۱۲ ساعت	۱- بررسی وضعیت موجود ۲- <b>تعیین میزان جهت ارتقای وضع موجود*</b> ۳- مقایسه وضعیت موجود با میزان تعیین شده و تعیین نقاط ضعف ۴- انجام اقدامات اصلاحی ۵- ممیزی مجدد بعد از اقدامات اصلاحی	۱ - ۵ امتیاز ۲ - ۱۰ امتیاز ۳ - ۵ امتیاز ۴ - ۲۰ امتیاز ۵ - ۲۰ امتیاز <b>جمع = ۶۰ امتیاز</b>	۱ - مشاهده مستندات ۲ - مشاهده مستندات ۳ - مشاهده مستندات ۴ - مشاهده مستندات ۵ - مشاهده مستندات
	۲- وجود شاخص های** عملکردی بیمارستان و ثبت روند آن	۱ - استقرار شاخص های تدوین شده توسط دانشگاه / بیمارستان (حداقل ۳۰ شاخص) ۱ + شاخص های پیامد ۱ ۴ شاخص های فرایندی ۱ ۴ شاخص های ساختاری ۲ - پایش شاخص (ثبت روند) ۳ - مداخلات اصلاحی براساس پایش شاخص	۱ ۱ - ۳۰ امتیاز ۱ ۴ - ۲۰ امتیاز ۱ ۴ - ۱۰ امتیاز ۲ - ۳۰ امتیاز ۳ - ۶۰ امتیاز <b>جمع = ۱۵۰ امتیاز</b>	۱ - مشاهده مستندات (به ازای تدوین هر شاخص پیامدی ۳ امتیاز، هر شاخص فرایندی ۲ امتیاز، هر شاخص ساختاری ۱ امتیاز تعلق می گیرد) ۲ - مشاهده مستندات (ثبت روند هر شاخص ۱ امتیاز) ۳ - مشاهده مستندات و مصاحبه (انجام مداخلات اصلاحی به ازای هر شاخص ۲ امتیاز)
	۳- وجود سیستم HIS	۱ - موجود بودن سیستم HIS ۲ - ورود اطلاعات بیماران به صورت روزانه ۳ - وجود سیستم پشتیبانی و نگهداری برای HIS ۴ - ارتباط کلیه بخش های سرپایی و بستری با واحد های تصویر برداری و آزمایشگاه و .....	۱ - ۱۰ امتیاز ۲ - ۱۰ امتیاز ۳ - ۱۵ امتیاز ۴ - ۱۵ امتیاز <b>جمع = ۵۰ امتیاز</b>	کل فرایند از طریق بررسی حداقل سه پرونده بیمار از سه بخش متفاوت و اطمینان از ورود داده های آن به سیستم HIS و مشاهده کیفیت اجرای سیستم HIS

\* هر بیمارستان می تواند میزانی مطابق شرایط خود تعیین کند.

\*\* فرهنگ مدیریت عملکرد و شاخص مداری در بیمارستان بایستی ترویج شود و تصمیم گیری مبتنی بر اندازه گیری شاخص ها به عنوان الگوی اساسی در مداخلات لحاظ شود.

نام محور	ملاک	تعریف ملاک	امتیاز ملاک	نحوه ارزیابی ملاک
	۱-انجام و تدوین PDP (برنامه توسعه فردی) برای حدافل ۲۰٪ کارکنان بالینی (از این میزان حدافل ۱۰٪ پزشکان و ۹۰٪ کادر پرستاری را شامل شود)	تدوین PDP (برنامه توسعه فردی) با کمک رییس بخش یا سرپرستار بخش برای حدافل ۲۰٪ کارکنان بالینی (از این میزان حدافل ۱۰٪ پزشکان و ۹۰٪ کادر پرستاری را شامل شود)	۳۰ امتیاز (اگر کمتر از ۲۰٪ پرسنل باشد ۱۰ امتیاز می گیرد) <b>جمع = ۳۰ امتیاز</b>	مشاهده مستندات و مصاحبه با پرسنل
	۲-ایجاد نظامی برای توجیه نیروهای بدو ورود	۱ - تدوین موضوعات مورد لزوم برای توجیه نیروهای جدیدالورود شامل: ۱-۱- معرفی کلی بیمارستان <sup>۱۱</sup> ۲-۱- شرح وظایف پرسنلی ۳-۱- معرفی جزئیات دستورالعمل ها، ایین نامه ها و بخشنامه های خاص هر بخش ۴-۱- اطلاعات مربوط به تجهیزات اختصاصی هر بخش ۵-۱- خطرات شغلی ۶-۱- مسیر ارتقای شغلی ۲ - وجود چک لیست ارزیابی آموزش پرسنل جدیدالورود ۳ - انجام ارزیابی از آموزش داده شده به پرسنل جدیدالورود ۴ - مداخله لازم با توجه به نتایج ارزیابی از پرسنل جدیدالورود	۱-۱- ۵ امتیاز ۲-۱- ۵ امتیاز ۳-۱- ۱۰ امتیاز  ۴-۱- ۱۰ امتیاز ۵-۱- ۵ امتیاز ۶-۱- ۵ امتیاز ۲- ۵ امتیاز ۳- ۱۰ امتیاز ۴- ۱۰ امتیاز <b>جمع = ۶۵ امتیاز</b>	۱ - مشاهده مستندات ۲ - مصاحبه با حدافل دو نیروی جدیدالورود
	۳ - حمایت از کارکنان	۱ - ایجاد نظام رضایت سنجی کارکنان ۱ - تهیه فرم رضایت سنجی، جمع آوری و تحلیل ماهانه ۱ - انجام اقدامات مداخله ای براساس نتایج نظرات ۲- وجود نظام تشویق کارکنان براساس گزارش موارد نزدیک به خطا ( near miss)	۱ - ۳۵ امتیاز شامل: ۱ - ۲۵ امتیاز ۱ - ۱۰ امتیاز ۲ - ۱۰ امتیاز <b>جمع = ۴۵ امتیاز</b>	۱ - مشاهده مستندات ، مصاحبه با پرسنل
	۴ - سلامت کارکنان	۱ - تهیه پرونده بهداشت <sup>۱۲</sup> برای هر پرسنل ۲ - اجرای پروتکل needle stick شدن کارکنان <sup>۱۳</sup>	۱ - ۱۵ امتیاز ۲ - ۱۵ امتیاز <b>جمع = ۳۰ امتیاز</b>	۱ - مشاهده مستندات، مصاحبه با پرسنل

نام محور	ملاک	تعریف ملاک	امتیاز ملاک	نحوه ارزیابی ملاک
اثر بخشی بالینی	استفاده از شواهد علمی روز	۱ - آموزش استفاده از گاید لاین های موجود (موارد ارسال شده از طرف وزارت بهداشت) <sup>۱۲</sup> ۲ - ایجاد فرایند آموزش مبنای گاید لاین نویسی و بومی سازی گایدلاین برای حداقل ۲۵٪ در گروه های مختلف بالینی اعضای هیات علمی با تعامل با گروه های هیات علمی و دفتر حاکمیت بالینی دانشگاه	۱ - آموزش به بیش از ۵۰٪ پرسنل گروه هدف گایدلاین = ۲۰ امتیاز کمتر از ۵۰٪ = ۱۰ امتیاز امتیاز ۲ - ۲۰ امتیاز جمع = ۴۰ امتیاز	۱ - مشاهده مستندات ۲ - مشاهده مستندات
	آموزش روند ممیزی بالینی	برای حداقل ۲۵٪ کارکنان بالینی	۲۰ امتیاز	فرایند ممیزی برای هر یک از موارد تعیین شده باید شامل موارد زیر باشد :
ممیزی بالینی	ارتقای کیفیت	هر فرایندی که در مسیر ارتقای کیفیت صورت گرفته باشد	۴۰ امتیاز	بررسی وضعیت موجود (۵ امتیاز)
	ممیزی فرایند های پرستاری و استفاده از راهنماهای بالینی موجود	ممیزی یکی از فرایند های پرستاری <sup>۱۳</sup>	۴۰ امتیاز	تعیین وضعیت استاندارد (۵ امتیاز)
	ممیزی فرایند تریاژ و استفاده از راهنماهای بالینی موجود	ممیزی فرایند تریاژ <sup>۱۴</sup>	۴۰ امتیاز	مقایسه وضعیت موجود با استاندارد و تعیین نقاط ضعف (۱۰ امتیاز)
	ممیزی مصرف انتی بیوتیک قبل از عمل جراحی با استفاده از راهنماهای بالینی موجود	ممیزی مصرف انتی بیوتیک پروفیلاکسی قبل از هر پروسیجر و اعمال جراحی <sup>۱۵</sup>	۴۰ امتیاز	انجام اقدامات اصلاحی (۱۰ امتیاز)
	ممیزی مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران با استفاده از راهنماهای بالینی موجود	ممیزی یکی از فرایند های مراقبت مادران مطابق با دستورالعمل راهنمای بیمارستان های دوستدار مادر <sup>۱۶</sup>	۴۰ امتیاز	ممیزی مجدد بعد از اقدامات اصلاحی (۱۰ امتیاز)
				جمع = ۲۲۰ امتیاز

- ۱- دستورالعمل تدوین شده walkround
- ۲- بخش های ویژه شامل همودیالیز - ICU - CCU است.
- ۳- پروتکل شناسایی بیمار براساس «گاید لاین شناسایی صحیح بیماران در بخش بستری و سرپایی، انتقال خون، درمان دارویی، اعمال جراحی و اقدامات آزمایشگاهی به منظور کاهش وقوع اتفاقات ناخواسته بهداشتی درمانی» - چاپ آبان ۸۸- مرکز نظارت و اعتبار بخشی درمان، واحد ایمنی بیمار- وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی (که طی نامه شماره ۸۷/۱۵۸۳۸۷/س مورخ ۸۸/۱۲/۱۲ برای کلیه معاونان درمان دانشگاه های کشور ارسال شده است)
- ۵ - تلفیق دارویی به معنای این است که در مرحله ورود بیمار، حین بستری و ترخیص، باید اسامی کلیه داروهایی که بیمار در حال حاضر مصرف می کند از بیمار بگیریم و سپس با توجه به مسئله ای به نام تداخلات دارویی، اقدام به تجویز دارو نماییم
- ۶ - مطابق «دستورالعمل رعایت بهداشت دست در مراکز بهداشتی درمانی اردیبهشت ۸۸» که طی نامه شماره ۱۴۲۲۳ مورخ ۸۸/۳/۱۳ به کلیه معاونان درمان دانشگاه ها ارسال شده است
- ۷ - چک لیست جراحی ایمنی که با نامه شماره ۴۹۱۸۹۴ مورخ ۸۷/۱۱/۲۹ به کلیه معاونان درمان دانشگاه های سراسر کشور ارسال شده است
- ۸ - براساس دستورالعمل مراقبتهای مدیریت شده شماره ۱۴) و استفاده بهینه از safety box به معنای موارد زیر است:
  - ☒ در داخل آن سر سوزن بدون درپوش باشد.
  - ☒ بیش از سه چهارم حجم آن پر نباشد
  - ☒ جنس آن مستحکم (غیر قابل نفوذ برای اجسام تیز و برنده) باشد
  - ☒ درب آن به گونه ای باشد که محتویات آن قابل دسترس نباشد.
- ۹ - راهنمای کشوری نظام مراقبت عفونت های بیمارستانی چاپ ۱۳۸۶-وزارت بهداشت -مرکز مدیریت بیماری ها
- ۱۰ -میزان ترخیص با رضایت شخصی در کشور های توسعه یافته حدود ۲٪ در بیمارستان های جنرال و در بیمارستان های روان پزشکی بین ۳ تا ۵۱٪ (حدود ۱۷٪) است.
- ۱۱ -معرفی بیمارستان براساس استاندارد های اعتبار بخشی چاپ ۸۹ که برای هر بخش تدوین شده است.
- ۱۲ -راهنماهای بالینی و پروتکل هایی که تا کنون از وزارت بهداشت به دانشگاه ها ارسال شده است مانند «راهنماهای بالینی پرستاری چاپ سال ۸۸-دفتر امور پرستاری» و یا «راهنمای بیمارستان های دوستدار مادر - چاپ اول- اداره سلامت مادران» و .....
- ۱۳ -مطابق با «راهنماهای بالینی پرستاری چاپ سال ۸۸-دفتر امور پرستاری- وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی»
- ۱۴ -براساس دستورالعمل تریاژ مطابق با دستورالعمل کشوری ارسال شده از طرف دفتر فوریت های و حوادث پزشکی
- ۱۵ -براساس دستورالعمل مراقبت های مدیریت شده شماره ۸
- ۱۶ - «راهنمای بیمارستان های دوستدار مادر - چاپ اول- اداره سلامت مادران» وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

## معیار های پیشرفته:

نحوه ارزیابی	نحوه امتیاز دهی	تعریف ملاک	نام ملاک	محور حاکمیت بالینی
<p>۱ - هر مداخله موثر باید شامل مراحل زیر باشد:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☒ آموزش به گروه هدف</li> <li>☒ سیاست گذاری و برنامه ریزی</li> <li>☒ اجرا</li> <li>☒ نظارت بر اجرا</li> <li>☒ تعیین خروجی (شاخص)</li> <li>☒ مقایسه با وضعیت قبل از اجرا</li> </ul> <p>از طریق مشاهده مستندات-مصاحبه و بازدید حضوری</p>	<p>مراحل آموزش و سیاست گذاری هر کدام ۵ امتیاز و دیگر مراحل هر کدام ۱۰ امتیاز</p> <p style="text-align: center;"><b>جمع = ۱۰۰ امتیاز</b> برای دو مداخله</p>	<p>۱ - بیان ۲ مداخله نوآورانه و موثر در ارتقای کیفیت ایمنی بیمار</p>	<p>اعلام ۲ مداخله نوآورانه و موثر مدیریت ارشد بیمارستان برای ارتقای کیفیت در راستای محور های حاکمیت بالینی</p>	<b>مدیریتی</b>
مشاهده مستندات	<b>۵۰ امتیاز</b>	<p>برقراری روند آموزش و اجرای نظام هموویژیلانس در بیمارستان با تعامل نزدیک با سازمان انتقال خون استان</p>	استقرار نظام هموویژیلانس	<b>مدیریت خطر</b>

ردیف	نام ملاک	امتیاز
۱	مدیریت	۱۰۰
۲	مدیریت خطر و ایمنی بیمار	۷۰۰
۳	تعامل با بیمار و همراهان	۲۶۰
۴	استفاده از اطلاعات	۲۶۰
۵	مدیریت کارکنان	۱۷۰
۶	اثر بخشی بالینی	۴۰
۷	ممیزی بالینی	۲۲۰
۸	ملاک های پیشرفته	۱۵۰
۹	<b>جمع ملاک ها</b>	<b>۱۹۰۰</b>

## ملاک های جشنواره حاکمیت بالینی برای دانشگاه ها

نام محور	ملاک	تعریف ملاک	امتیاز ملاک	نحوه ارزیابی ملاک
<b>مدیریتی</b>	ستاد حاکمیت بالینی	۱ - تدوین برنامه ریزی استراتژیک دانشگاه در خصوص اجرای حاکمیت بالینی ۲ - تدوین برنامه عملیاتی برای اجرای حاکمیت بالینی در خصوص کلیه محورها ۳ - تشکیل جلسات ستاد حداقل دو ماه یک بار و حضور ریاست و هیات ریسه دانشگاه در جلسات آن	۱ - ۳۰ امتیاز ۲ - ۷۰ امتیاز ۳ - ۱۰ امتیاز <b>جمع = ۱۱۰ امتیاز</b>	۱ - مشاهده مستندات ۲ - مشاهده مستندات ۳ - مشاهده مستندات ۴ - مشاهده مستندات
	اداره حاکمیت بالینی	۱ - وجود کارشناسان حاکمیت بالینی تمام وقت و صدور ابلاغ برای آنان ۲ - تشکیل جلسات مدون حداقل ماهانه یک بار ۳ - پیگیری اجرایی شدن مصوبات جلسات ۴ - برگزاری برنامه های آموزشی برای نمایندگان کلیه بیمارستان های تحت پوشش ۵ - برنامه ریزی مدون و انجام پایش و نظارت بر اساس برنامه و چک لیست تدوین شده در دانشگاه ۶ - انجام مداخلات لازم با توجه به نتایج پایش ۷ - ایجاد شبکه ارتباطی فعال بین ستاد و معاونت ها و مراکز درمانی * همراه با بازخورد های لازم ۸ - ایجاد ارتباط مداوم و فعال با کارشناسان اداره نظارت و اعتبار بخشی همراه با بازخورد های لازم ۹ - ارتباط مداوم و فعال با کارشناس مسوول کمیته های بیمارستانی دانشگاه همراه با بازخورد های لازم ۱۰ - ارتباط با دفاتر حاکمیت بالینی سایر دانشگاه ها (برگزاری جلسات، برقراری شبکه ارتباطی مجازی، شبکه آموزشی، یادگیری و به اشتراک گذاری تجارب از طریق سیستم پورتال اداره حاکمیت بالینی وزارت متبوع) ۱۱ - ارتباط مستمر با اداره حاکمیت بالینی وزارت متبوع ( جواب دهی نامه ها- ارسال به موقع گزارشات، مشارکت در شبکه ارتباطی)	۱ - ۱۰ امتیاز ۲ - ۱۰ امتیاز ۳ - ۱۰ امتیاز ۴ - ۲۰ امتیاز ۵ - ۵۰ امتیاز ۶ - ۳۰ امتیاز ۷ - ۵۰ امتیاز ۸ - ۲۰ امتیاز ۹ - ۲۰ امتیاز ۱۰ - ۳۰ امتیاز ۱۱ - ۵۰ امتیاز <b>جمع = ۳۰۰ امتیاز</b>	۱ - مشاهده مستندات و مصاحبه با کارشناس حاکمیت بالینی ۲ - مشاهده مستندات ۳ - مشاهده مستندات ۴ - مشاهده مستندات ۵ - مشاهده مستندات ۶ - مشاهده مستندات ۷ - مشاهده مستندات و مصاحبه ۸ - مشاهده مستندات و مصاحبه ۹ - مشاهده مستندات و مصاحبه ۱۰ - مشاهده مستندات و مصاحبه ۱۱ - مشاهده مستندات و مصاحبه
	مشارکت معاونت ها در استقرار و اجرای برنامه	۱ - اختصاص یک نماینده ثابت از هر معاونت به ساختار حد واسط (کمیته/شورا/....) بین ستاد و اداره حاکمیت بالینی جهت پیگیری اجرای حاکمیت بالینی ۲ - حضور فعال در جلسات ساختار حد واسط ۳ - انجام اقدامات لازم در هر معاونت در راستای پیگیری مصوبات ساختار حد واسط	۱ - ۵۰ امتیاز ۲ - ۱۰ امتیاز ۳ - ۳۰ امتیاز <b>جمع = ۹۰ امتیاز</b>	۱ - مشاهده مستندات و ابلاغ نمایندگان ۲ - مشاهده مستندات ۳ - مشاهده مستندات و مصاحبه

\*از طریق گروه های ارتباطی، اینترنتی، پورتال دانشگاهی، sms group, email group، جلسات مدون، اطلاع رسانی فیزیکی، ....