



برنامه بهبود کیفیت فراگیر بیمارستان ولیعصر(عج) بیرجند

(دفتر بهبود کیفیت))

سال ۱۱۳۹۵

تیم تدوین برنامه استراتژیک بیمارستان ولیعصر (عج)

سمت	نام و نام خانوادگی
ریاست بیمارستان - مسیول ایمنی بیمارستان	آقای دکتر وجیه الله ریسی
معاونت بیمارستان	آقای دکتر حسین کامپار
مسیول فنی بیمارستان	آقای دکتر محمودی راد
رییس کمیته بهبود کیفیت	آقای دکتر مشرقی
مدیریت بیمارستان	خانم فاطمه عبدالهی
مدیریت خدمات پرستاری	خانم فاطمه دری
کارشناس بهبود کیفیت	خانم مریم ملاشاهی
ریسس امور مالی	آقای عزیز الله مولایی
مسیول آموزش	خانم فاطمه باهری
مسیول کارگزینی	آقای رضامددی
مسیول امور قراردادهای	آقای اولیایی
مسیول حراست	خانم محمد زاده
کارشناس کنترل عفونت	زهره حمیدی
مسیول تجهیزات پزشکی	مهندس ریاسی
کارشناس بهداشت حرفه ای	مهندس توفیقی
کارشناس بهداشت محیط	مهندس شفیعی
مسیول تاسیسات	مهندس بهرامی
مسیول IT	مهندس دهقان
سرپرستار	کلیه سر پرستاران

کلیه مسئولین واحدها

مسئول واحد

مقدمه:

بیمارستان ۲۲۴ تختخوابی ولیعصر بیرجند در آذر ماه ۱۳۷۹ با دو بخش داخلی و اورژانس مورد بهره برداری قرار گرفت و به تدریج بخشهای پاراکلینیک مانند آزمایشگاه و رادیولوژی فعال گردید. در اواخر سال ۱۳۷۹ بخش اطفال از بیمارستان امام رضا به این مرکز منتقل شد و طی سال ۱۳۸۰ کار انتقال بخشهای زنان- قلب- زایشگاه - CCU - چشم - گوش و حلق - اعصاب-عفونی و دیالیز و اتاق عمل زنان و چشم و گوش به پایان رسید و درمانگاههای مرتبط با این بخشها از جمله واحدهای شنوایی سنجی و بینایی سنجی نیز فعالیت خود را آغاز نمود. در سالهای ۱۳۸۱ و ۱۳۸۲ نیز بخشهای ویژه ای مانند NICU-ICU - درمانگاه پوست و کلینیک بیماران خاص که تا کنون در این شهرستان وجود نداشتند راه اندازی شدند و در بهمن ۱۳۸۶ نیز بخش ICU قلب باز و اتاق عمل قلب باز به بهره داری رسید همچنین در بهمن ماه ۱۳۸۷ بخش MRI افتتاح گردید . در سال ۱۳۸۸ بخشهای CCU۲، آنژیوگرافی، CT Scan اسپیرال به خدمت بالینی و پاراکلینیکی افزوده گردید. در سال ۱۳۸۹ بخش PICU اطفال نیز به این مجموعه اضافه شد در طول این ساله تجهیزات آزمایشگاهی جدیدی با قابلیت های فراوان و صرف وقت کمتر برای آزمایشگاه خریداری گردید .

بیمارستان ولیعصر(عج) در ساختمان ۲ طبقه با الگوی طراحی H بیمارستانی با استفاده اسکلت بتنی در ۲ طبقه ساخته شده است . از مشخصات بارز این مرکز دارا بودن رهرطبیعی و فضای سبز در قسمتهای مختلف بیمارستان می باشد که علاوه بر ایجاد محیطی مطلوب و دلپذیر می تواند موجب صرفه جویی در مصرف انرژی و کاهش عفونتهای بیمارستانی گردد . بیمارستان ولیعصر(عج) در آخرین ارزشیابی سالیانه (سال ۹۴) موفق به اخذ رتبه یک ارزشیابی شده است . که به دلیل ازدحام مراجعین به اورژانس این مرکز و نارضایتی ارباب رجوع و کارکنان در سال ۱۳۹۵ بخش اورژانس بازسازی و از ۲۴ تخت به ۶۵ تخت افزایش داده شد که در حال حاضر یکی از زیباترین اورژانسهای کشور میباشد و به عنوان emergency tour کشور انتخاب شده است که روزانه از دانشگاههای مختلف بازدیدکننده دارد .

این مرکز در حال حاضر علاوه بر دارا بودن کلینیک ویژه، کلینیک تخصصی و فوق تخصصی دارای بخش های اورژانس ، Icu جنرال ، CCU ، NICU ، PICU ، ICU قلب باز ، قلب ، جراحی قلب باز ، داخلی ، داخلی اعصاب ، زنان و زایمان ، اطفال می باشد

بیان مسیله:

مرکز آموزشی درمانی ولیعصر (عج) بیرجند به عنوان مرکز آموزشی درمانی در نظر دارد با بهره جستن از تواناییهای کارکنان و متخصصین خود در راستای سیاستهای وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی برای استقرار بهبود مستمر کیفیت در جهت تحقق اهداف حاکمیت بالینی و اعتبار بخشی فعالیت نماید.

و اصول ذیل را سرلوحه خود قرار دهد:

- ۱) بهبود مستمر سیستم های مدیریتی، فرآیندها و خدمات در جهت افزایش سطح رضایت مشتریان
- ۲) افزایش سطح دانش و مهارت کارکنان
- ۳) حفاظت از محیط زیست، کاهش ضایعات و مصرف انرژی و مواد
- ۴) آماده کردن محیطی مناسب، ایمن و بهداشتی از طریق فعالیتهای پیشگیرانه
- ۵) استفاده مناسب از تجهیزات، تکنولوژی و فن آوری های روز به منظور ارتقای خدمات حوزه درمان و سلامت

رسالت (Mission):

مرکز آموزشی درمانی ولیعصر (عج) یک بیمارستان جنرال تخصصی، فوق تخصصی و بزرگترین مرکز ارجاع در استان خراسان جنوبی می باشد که با ارائه خدمات درمانی موثر و کارآمد در جهت ارتقای شاخصهای سلامت و کسب رضایت مددجویان و حمایت از اقشار محروم تلاش نموده و مساعدت با مراکز آموزشی و پژوهشی را جزو وظایف اصلی خود می داند.

چشم انداز (Vision):

ما برآنیم که با استفاده از تو انمندیهای تخصصی و منطقه ای و آنالیز تجارب گذشته و استفاده از تجارب مراکز موفق تا پنج سال آینده ضمن کسب رتبه قطب اول بیمارستانهای آموزشی درمانی شرق کشور موفق به اخذ گواهینامه بین المللی JCI گردیم .

ارزش ها (Values):

- ۱) رضایتمندی ، تکریم ارباب رجوع و حفظ کرامت انسانی در سایه منشور حقوق بیمار و حقوق کارمند
- ۲) اما ننداری و حفظ اسرار بیمار
- ۳) صرفه جویی و استفاده بهینه از منابع
- ۴) پرداخت مبتنی بر عملکرد و گسترش عدالت محوری
- ۵) تقویت روحیه مشارکت و کارگروھی
- ۶) تعهد و وجدان کاری
- ۷) تقویت روحیه مشارکت و کارگروھی
- ۸) شایسته سالاری
- ۹) دوستدار محیط زیست

برنامه جامع بهبود کیفیت در این مرکز در ۶ حیطة (دامنه) ذیل پیاده می گردد:

- ۱) مدیریت
- ۲) امور مالی
- ۳) خدمات پزشکی
- ۴) خدمات پرستاری
- ۵) خدمات عمومی و پشتیبانی
- ۶) خدمات پاراکلینیک

همچنین از آنجایی ارزیابی بیمارستان تحت عنوان اعتبار بخشی و به وسیله سنجش‌های ابلاغ شده از وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی انجام می‌گیرد. استانداردهای اعتبار بخشی نیز در تعیین اهداف مد نظر قرار خواهد گرفت. هدایت برنامه بهبود کیفیت فراگیر توسط کمیته بهبود کیفیت و در راس آن واحد بهبود کیفیت بیمارستان صورت می‌گیرد. این کمیته در این بیمارستان به صورت هر دو ماه یک بار تشکیل می‌گردد.

درجه اولویت	نمره مکتسبه	معیارهای انتخاب اثر بخشی ، سهولت اجرا ، دسترسی به منابع و کارایی ، مقبولیت (سیاسی ، اجتماعی و...) شد ان ، مرگ و می ...				موارد
		منطبق بر استانداردهای اعتبار بخشی	کارایی	منابع	اثر بخشی	
۲	۱۵	۴	۴	۴	۳	بالا بودن درصد سزارین
۴	۱۰	۲	۲	۳	۳	کنسل شدن اعمال جراحی
۲	۱۵	۳	۴	۴	۴	تاخیر در ویزیت بموقع
۳	۱۴	۴	۳	۳	۴	سقوط از تخت
۲	۱۲	۴	۱	۳	۴	بهداشت دست
۲	۱۲	۴	۱	۳	۴	عفونت های بیمارستان
۳	۱۴	۴	۳	۳	۴	نوبت دهی
۲	۱۲	۲	۳	۲	۴	مشکلات بیمه ای
۱	۱۶	۴	۴	۳	۴	رضایتمندی بیماران
۱	۱۶	۴	۴	۳	۴	وقوع خطاهای پزشکی

مشکل شناسایی شده	کاهش درصد سزارین
<p>تشریح مشکل و جمع‌آوری اطلاعات</p>	<p>زایمان یک امر طبیعی است، اما با این وجود در تمام خانم‌های باردار روند زایمان یکسان نمی‌باشد، چنانچه عوامل متعددی از جمله عوامل ذاتی و اکتسابی مانند برخی از بیماری‌ها می‌تواند سبب حاملگی را تغییر داده و باعث شوند. زایمان به صورت غیرطبیعی انجام شود خوشبختانه با مراقبت‌های دوران بارداری می‌توان بسیاری از موارد خطرناک برای مادر و جنین را تشخیص داد و به‌موقع برای حفظ سلامت مادر و جنین اقدام نمود</p> <p>شایان ذکر است که تنها درصد معدودی از زایمانها منجر به زایمان غیرطبیعی می‌شوند و اکثر خانمها می‌توانند یک زایمان طبیعی داشته‌اشند. مدت بستری شدن و توانایی بازگشت به کارها آسان و روزمره بعد از زایمان طبیعی خیلی کمتر از سزارین است و مادرانی که زایمان طبیعی داشته‌اند زودتر به خانواده خود ملحق می‌شوند حجم خونی که مادر طی زایمان طبیعی از دست می‌دهد تقریباً نصف یک عمل سزارین است لذا خطر خونریزی و کم‌خونی، در یک زایمان طبیعی خیلی کمتر از زایمان به طریق سزارین می‌باشد</p> <p>خطرات و ریسک بیهوشی برای زایمان طبیعی وجود ندارد از نظر اقتصادی زایمان طبیعی به نفع مادر، بیمارستان و جامعه می‌باشد درصد ابتلاء به عفونت در بین مادران سزارین شده بیشتر از مادرانی است که زایمان طبیعی نموده‌اند مادرانی که زایمان طبیعی داشته‌اند در دادن آغوز به نوزاد خود موفق‌تر هستند چرا که خوردن آغوز یا کلاستروم به عنوان اولین واکسن برای کودک منافع بسیاری دارد. مادرانی که زایمان طبیعی نموده‌اند در امر شیردهی به نوزاد خود موفق‌تر از مادرانی می‌باشند پس از زایمان طبیعی، مادران با انجام ورزشهای مناسب، به مراتب سریعتر از زمانی که سزارین می‌شوند، می‌توانند تناسب اندام خود را بدست آورند بطور متوسط مدت اقامت مادران سزارینی در بیمارستان دو برابر و نیم مادرانی است که زایمان طبیعی داشته‌اند با توجه به این موضوع که شاخص سزارین در بیمارستان در سال ۱۳۹۴ بمیزان ۳۳.۷۵ بوده است و هنوز تا استاندارد شاخص فاصله داریم لذا کماکان نیاز به بهبود وضعیت موجود داریم</p>
<p>شناسایی و اولویت بندی فرصت‌های بهبود</p>	<ul style="list-style-type: none"> • مکاتبه با پزشک‌انی که آمار سزارین آنها بالاست • جذب نیروی مامایی بیشتر • توسعه فضای LDR به تعداد ۱۴ تخت
<p>هدف اختصاصی</p>	<p>کاهش درصد سزارین از ۳۳.۷۵ درصد به کمتر از ۲۰ درصد تا پایان سال ۱۳۹۵</p>
<p>شاخص تحقق برنامه</p>	<p>تعداد اعمال سزارین گزارش شده از زایشگاه</p>
<p>معیار جاری</p>	<p>۳۳.۷۵ درصد</p>
<p>معیار مورد انتظار</p>	<p>۲۰ درصد</p>
<p>معیار مورد انتظار</p>	

<p>شناسایی دقیق میزان عفونتهای بیمارستانی</p>	<p>مشکل شناسایی شده</p>	<p>برنامه ریزی و شناسایی چالش‌ها و فرصت‌های بهبود</p>
<p>عفونت بیمارستانی به عفونتی گفته می‌شود که افراد بستری در بیمارستان در مدت زمانی که در بیمارستان بسر می‌برند به آن مبتلا می‌شوند و تظاهرات بیماری ممکن است در حین بستری بودن و یا بعد از مرخصی بیمار بروز کند. معمولاً عفونت‌هایی که بعد از ۴۸ تا ۷۲ ساعت ظاهر می‌شوند را به عنوان عفونت‌های بیمارستانی قلمداد می‌کنند و اگر در مدت کمتر از ۴۸ ساعت بعد از بستری شدن بیمار عفونتی اتفاق بیفتد احتیاطاً آن را عفونت بیمارستانی در مرحله کمون آن بیماری بصرمی برده است می‌باشد. باعث افزایش هزینه‌ها - طولانی شدن بهبودی - ناتوانی و مرگ بیماران می‌شود در مورد بیمارانی که بعد از ترخیص دچار عفونت می‌گردند زمانی این بیماران در تعریف عفونت بیمارستانی گنجانده می‌شوند که (الف) ۷-۱۰ روز پس از ترخیص بیمار که به علت داخلی بستری بوده هیچ اقدام جراحی خاصی صورت نگرفته است (ب) تا یک ماه پس از ترخیص به علت جراحی که Implant برای بیمار کار گذاشته نشده باشد مانند: لاپاراتومی، آپاندکتومی و هرنی (ج) تا یک سال بعد از جراحی که برای بیمار Implant کار گذاشته شده باشد مثل عمل‌های ارتوپدی کمر، پیچ و پین و پلاک و ... کار گذشته می‌گردد.</p> <p>افرادیکه در معرض ابتلاء به عفونت بیمارستانی هستند در کل سه گروه در معرض خطر ابتلاء به عفونتهای بیمارستانی می‌باشند- بیمار ۱- پرسنل سیستم درمانی ۲- جامعه ۳- پرسنل سیستم درمانی</p> <p>عفونت‌های بیمارستانی از چند جنبه حائز اهمیت می‌باشند: مرگ و میر و ناخوشی بیماران، افزایش طول مدت بستری بیماران در بیمارستان، افزایش هزینه‌های ناشی از طولانی شدن اقامت بیماران اقدامات تشخیصی و درمانی راه‌های انتقال میکروارگانیسم‌ها در بیمارستان</p> <p>با توجه به گزارش شاخص عفونتهای بیمارستانی که در سال ۱۳۹۴ بمیزان ۲۰۳ بوده است نشانگر این است که عفونتها بمیزان واقعی گزارش نمیشود</p>	<p>تشریح مشکل و جمع‌آوری اطلاعات</p>	
<p>✓ برگزاری کلاسهای آموزشی در سطح بیمارستان ✓ انتخاب رابطین کنترل عفونت و آموزش به آنها ✓ پیگیری بیماران عمل شده تا یکماه پس از عمل ✓ بکارگیری نیروهای پرستاری در بخشها به خصوص بخشهای ویژه در شیفت‌های عصر و شب</p>	<p>شناسایی و اولویت بندی فرصتهای بهبود</p>	
<p>شناسایی دقیق میزان عفونتهای بیمارستانی بطوریکه تا پایان سال ۱۳۹۵ از ۲۰۳ درصد به استانداردهای بین‌المللی ۱۰-۱۵ درصد دست پیدا کنیم</p>	<p>هدف اختصاصی</p>	
<p>درصد بروز عفونتهای بیمارستانی گزارش شده از واحد کنترل عفونت</p>	<p>شاخص تحقق برنامه</p>	
<p>۲۰۳ درصد</p>	<p>معیار جاری</p>	
<p>۱۰-۱۵ درصد</p>	<p>معیار مورد انتظار</p>	

<p>کاهش تعداد فلیبیت</p>	<p>مشکل شناسایی شده</p>	
<p>فلبیت و ترومبوفلبیت شیوع بالایی دارند . فلبیت التهاب دیواره رگ است که در اثر pH ماده دارویی تجویز شده به وجود می آید. اما ترومبوفلبیت، التهابی است که در اثر ترومبوز ایجاد می شود. هر دو این عوارض در رگهای پشت دست، نسبت به رگهای آنتی کوبیتال، شایع ترند. این عوارض مشخصاً در بیماران بستری در بیمارستان که یک آنژیوکت برای چند روز در جای خود باقی می ماند به وجود می آیند. در بیمارستان ها معمولاً از آنژیوکت برای تزریق استفاده می شود که این وسیله در مقایسه با نیدل های فلزی خطر فلبیت را افزایش می دهند. چون نیدل های فلزی برای اندوتلیوم عروق حساسیت زایی کمتری دارند. (نیدل ها معمولاً در تزریقات کوتاه مدت سیاهرگی، - کمتر از سه ساعت - استفاده می شوند؛ در حالیکه آنژیوکت ها زمان بیشتری در جا می مانند.) ماده تزریق شده نیز به خودی خود می تواند فلبیت ایجاد کند و برای پوست محرک باشد. بیماران سالمند نیز استعداد بیشتری برای ابتلا به فلبیت دارند. با توجه به در صد بالای فلیبیت بمیزان ۶٪ در سال ۱۳۹۴ نیاز به بهبود وضعیت موجود احساس میشود.</p>	<p>تشریح مشکل و جمع اوری اطلاعات</p> <p>نامه ریزی و شناسایی چالش ها و فرصتهای بهبود</p>	

<p>توصیه به پرسنل جهت ثبت دقیق موارد در دفاتر مربوطه توسط سر پرستار-خرید لوازم با کیفیت -دقت پرسنل به اصول ضدعفونی محل فیکس انژیوکت -استفاده از چسبهای ضد حساسیت در بیماران حساس توسط پرسنل -نظارت بیشتر سر پرستار -مکاتبه با پزشکان جهت استفاده کمتر از آنتی بیوتیکها</p> <p>افزایش نیروی پرستاری در شیفتهای عصر و شب</p>	<p>تناسایی و اولویت بندی فرصتهای بهبود</p>	
<p>کاهش تعداد فلیبیت از ۶درصد به سه درصد تا پایان سال ۱۳۹۵</p>	<p>هدف اختصاصی</p>	
<p>تعداد فلیبیتهای گزارش شده از بخشها</p>	<p>شاخص تحقق برنامه</p>	
<p>۶درصد</p>	<p>معیار جاری</p>	
<p>سه درصد</p>	<p>معیار مورد انتظار</p>	

مشکل شناسایی شده	افزایش تعیین تکلیف بیماران
<p>تشریح مشکل و جمع اوری اطلاعات</p>	<p>بخش اورژانس یا فوریت های پزشکی به عنوان قلب بیمارستان به دلیل پذیرایی از متنوع ترین و حساس ترین گروه بیماران از اهمیت ویژه ای برخوردار است. هدف بخش اورژانس ارائه با کیفیت ترین خدمات در حداقل زمان با استفاده از منابع موجود است. به منظور دستیابی به این هدف استقرار متخصصین طب اورژانس که به ارزیابی، احیاء، تثبیت، تشخیص و مراقبت از بیماران اورژانس می پردازد از اهمیت ویژه ای برخوردار است. به نظر میرسد که با حضور متخصصین طب اورژانس در سیستم درمانی، خدمت رسانی به بیماران اورژانس وضعیت مطلوب تری پیدا میکند و زمان انتظار برای دسترسی به خدمات کاهش می یابد. در ضمن با کاهش زمان انتظار بیماران و تعیین تکلیف به موقع آنها تخت های بیشتری جهت پذیرش های آینده در دسترس قرار می گیرد. با توجه به اینکه در سال ۱۳۹۴ درصد بیماران تعیین تکلیف شده زیر ۱۲ ساعت ۷۶.۱۵ در صد بوده است لذا هنوز تا هدف برنامه که ۹۰ درصد میباشد فاصله داریم لذا نیاز به بهبود وضعیت موجود احساس میشود .</p>
<p>ناسایی و اولویت بندی فرصتهای بهبود</p>	<p>✓ بکار گیری پزشکان متخصص طب اورژانس ✓ بکارگیری ماما تریاژ ✓ بکار گیری نیروهای با سابقه در تریاژ</p>

✓ مکاتبه با پزشکان متخصص جهت ویزیت بموقع و تعیین تکلیف بیماران		
بررسی و پایش افزایش میزان شاخص تعیین تکلیف زیر ۱۲ ساعت در اورژانس به گونه ای که تا پایان سال ۱۳۹۵ میزان این شاخص به بیش از ۹۵ درصد	هدف اختصاصی	
تعداد بیماران تعیین تکلیف شده گزارش شده از بخشها	شاخص تحقق برنامه	
۷۶.۱۵ درصد	معیار جاری	
۹۵ درصد	معیار مورد انتظار	



مشکل شناسایی شده

کاهش میزان شاخص سقوط از تخت

تشریح مشکل و جمع‌آوری اطلاعات

سقوط از تخت یکی از خطاهای درمانی می‌باشد که درصد خیلی بالایی در مراکز بیمارستانی اتفاق می‌افتد به هرگونه موقعیتی که حتی بیمار نزدیک به سقوط باشد هم به عنوان سقوط از تخت قلمداد می‌شود و با توجه به اینکه بیماران در معرض آسیب قرار می‌گیرند لذا این انحراف باعث ماندگاری زیاد بیمار و اشغال تخت و همچنین بیمار و بیمارستان متحمل هزینه بیشتری می‌شوند و بعضاً باعث مرگ بیمار شده و فاجعه بوجود آمده به همین دلیل بیمارستانه با تدابیر و برنامه ریزی دقیق در جهت ارتقا سطح آگاهی کارکنان و ایمن نمودن فضای ایمن جهت بیماران می‌توانند در به حداقل رساندن این خطاها گام بردارند طبق نتایج بدست آمده در سال ۱۳۹۴ شاخص سقوط از تخت بیمارستان ۰.۰۹ بوده است و از آنجاییکه موارد سقوط بطور دقیق گزارش نمی‌شود جهت کاهش موارد سقوط از تخت بیمار برنامه ریزی شده است.

شناسایی و اولویت بندی فرصت‌های بهبود

تهیه فرم معیار ارزیابی بیمار از نظر در معرض سقوط
 برگزاری کلاسهای آموزشی در سطح بیمارستان با موضوع ایمنی بیمار
 تشکیل تیم RCA و برگزاری جلسات
 تعمیر تخت‌های معیوب
 خریداری تخت استاندارد
 تهیه لوازم کمکی جهت بیماران مثل واکر - عصا و..
 تجهیز کردن سرویسهای بهداشتی به دستگیره و توشه نگهدار
 بکارگیری نیروهای کمکی در بخشها

بررسی وپایش کاهش میزان شاخص سقوط از تخت به گونه ای که تا پایان سال ۱۳۹۵ میزان این شاخص به کمتر از ۲ بیمار در سال برسد	هدف اختصاصی	
تعداد موارد سقوط از تخت گزارش شده از بخشها	شاخص تحقق برنامه	
۰.۰۹ درصد	معیار جاری	
کمتر از دوبیمار در سال	معیار مورد انتظار	

<p>کاهش میزان شاخص ترخیص با رضایت شخصی</p>	<p>شکل شناسایی شده</p>	
<p>وقتی بیمار پیش از تکمیل دوره درمان بیمارستان را ترک کند گفته می‌شود که ترخیص با رضایت شخصی (Self Discharge) اتفاق افتاده است. در این موارد هر چند نمی‌توان از خروج بیمار جلوگیری کرد ولی باید مطمئن شویم بیمار با حداقل مشکل از بیمارستان خارج می‌شود. یعنی باید بیمار کاملا در مورد مشکلات خروج پیش از موعد توجیه شود. در مطالعاتی که در کشورهای مختلف انجام شده میزان ترخیص با رضایت شخصی از ۱۰٪ تا ۴٪ گزارش شده است. این رویداد به ترتیب در بخشهای جراحی، ارتوپدی، عفونی، اورژانس، مردان، زنان و زایمان و اطفال شایعتر است. مردان جوان و زنان باردار بیشتر رضایت می‌دهند، در ماههای خاص سال مثل ایام عید و یا مسابقات فوتبال و در بیماران الکلی معتاد و اسکیزوفرن بیشتر وجود دارد</p> <p>ترخیص با رضایت شخصی چه مشکلاتی به وجود می‌آورد؟- برای بیمار عوارض ایجاد می‌کند که گاه برگشت ناپذیر است.- احتمال باز گشت با عوارض شدیدتر ۲۵٪ است در حالی که در حالت معمول این احتمال ۱۰٪ تا ۲۰٪ است.- مشکلات اخلاقی و حقوقی بدنبال دارد.- وقتی موارد آن زیاد شود مشکلات مدیریتی در بیمارستان به وجود می‌آورد- هزینه‌های زیادی به سیستم تحمیل می‌کند. و با توجه به شاخص ۸.۴۸ درصدی بیماران ترک با رضایت شخصی در بخش اورژانس لذا نیاز به بهبود وضعیت موجود احساس میشود.</p>	<p>شرح مشکل و جمع اوری اطلاعات</p>	
<p>۱- بررسی و شناخت مشکل ۲- اصلاح فرآیندها ۳- آموزش کارکنان</p> <p>۴- اطلاع رسانی مناسب به بیمار و همراهان- ۵- خطرات و عوارض احتمالی را به بیمار توضیح داد</p> <p>۶- اطلاعات مربوط به علل تمایل به ترخیص ثبت شود- ۷- برای منصرف نمودن بیمار تلاش شود</p> <p>۸- رضایت نامه اخذ شود- ۹- نکات مهم ادامه درمان به بیمار تفهیم شود</p> <p>۱۰- داروهای لازم تجویز شود- ۱۱- برای مراجعه در صورت لزوم بیمار را راهنمایی کنیم</p> <p>۱۲- ارائه خلاصه اطلاعات مکتوب در صورت لزوم</p>	<p>شناسایی و اولویت بندی فرصتهای بهبود</p>	

<p>رسی وپایش کاهش میزان شاخص ترخیص با رضایت شخصی بیماران بستری در بیمارستان به گونه ای که تا پایان سال ۱۳۹۵ میزان این شاخص به کمتر از ۵ درصد</p>	<p>هدف اختصاصی</p>	
<p>تعداد موارد ترک با مسیولیت شخصی گزارش شده از اورژانس</p>	<p>شاخص تحقق برنامه</p>	
<p>۸.۴۸ درصد</p>	<p>معیار جاری</p>	
<p>۵ درصد</p>	<p>معیار مورد انتظار</p>	

<p>کاهش خطاهای حرفه ای</p>	<p>مشکل شناسایی شده</p>	
<p>خطای پزشکی همان خطا و اشتباهاتی است که توسط گروه پزشکی رخ می دهد و می تواند منجر به آسیب به بیمار گردد؛ نمونه هایی از این خطاها شامل اشتباهات تشخیصی، اشتباهات در تجویز دارو و روشهای درمانی، اشتباه در پروسیجر جراحی، اشتباه در استفاده از فناوری و تجهیزات و اشتباه در تفسیر تستهای پاراکلینیک میباشد که یکی از علل مرگ و میر در جوامع میباشد به طوری که تحقیقات نشان میدهد سومین علت مرگ و میر در جامعه ی آمریکا به علت خطای پزشکی می باشد. با توجه به اینکه خطاهای پزشکی جزئی جتناب ناپذیر از طبابت هستند که موجب نگرانی قابل توجه برای ارائه دهندگان خدمت می شوند ولی می توان با ثبت خطا ها و اطلاع دن به دیگر مراکز درمانی از تکرار آن اجتناب کرد که برای رسیدن به این هدف نباید اعتبار پزشک را خدشه دار کرد و همچنین نیاز به فرهنگ سازی در فرآیند ثبت خطا گزارش و به اشتراک گذاشتن آن دارد لذا با توجه به اینکه گزارش دهی خطا در بیمارستان در سال ۱۳۹۴ پایین بوده است لذا بر ان شدیم جهت بهبود وضعیت موجود و ارتقا ایمنی بیمار گام برداریم.</p>	<p>شرح مشکل و جمع آوری اطلاعات</p>	
<p>ایجاد باور سیستم عاری از تنبیه در وجود کارکنان - برگزاری کلاسهای آموزشی درون بخشی با موضوع گزارش خطا - برگزاری کارگاههای ایمنی بیمار تفهیم انواع خطاها و گزارش آنها - تفهیم گزارش دهی خطا با رویکرد سیستمی - بازخورد اهم خطاهای رخ داده در بیمارستان جهت درس اموخته از طریق دفتر بهبود - ابلاغ فرم جدید ثبت خطا به بخش و توجیه پرسنل جهت مشخص کردن نوع خطا و دلیل خطا بصورت توضیح کوچک از سناریوی اتفاق افتاده جهت تحلیل بهتر و به دنبال ان گزارش درس اموخته بهتر</p>	<p>شناسایی ولویت بندی فرصت های بهبود</p>	
<p>کاهش خطاهای حرفه ای به گونه ای که تا پایان سال ۹۵ میزان خطاها گزارش شده منجر به آسیب به کمتر از ۳٪ برسد</p>	<p>هدف اختصاصی</p>	
<p>تعداد خطاهای گزارش شده از بخشها</p>	<p>شاخص تحقق برنامه</p>	
<p>۴۰۷ درصد</p>	<p>معیار جاری</p>	
<p>۳ درصد</p>	<p>معیار مود انتظار</p>	

اهداف اختصاصی برنامه بهبود کیفیت

- بررسی وپایش نظرسنجی های دوره ای شش ماهه جهت سنجش میزان رضایت بیماران مرکز آموزشی - درمانی ولیعصر (عج) و دستیابی بهرضایتمندی ۹۵ درصدی
 - بررسی وپایش شناسایی دقیق میزان عفونتهای بیمارستانی به گونه ای که تا پایان سال ۱۳۹۵ به۲۰.۱٪ رشد دست پیدا کنیم
 - بررسی وپایش کاهش میزان شاخص سقوط از تخت به گونه ای که تا پایان سال ۱۳۹۵ میزان این شاخص به کمتر از ۲ بیمار در سال برسد
 - بررسی وپایش تدوین شاخصهای عملکرد مناسب در کلیه سطوح سازمانی واحدها وبخشهای بیمارستان تا پایان سال ۱۳۹۵
 - انجام نظرسنجی های دوره ای ۶ ماهه از میزان رضایت پرسنل در محورهای مختلف کاری ؛ آنالیز و ارائه گزارش هر دوره به گونه ای که منجر به طراحی واجرای حداقل ۲ اقدام اصلاحی در هر سال گردد .
 - افزایش میزان مهارت کارکنان بیمارستان براساس نتایج آزمونهای تعیین توانمندی به گونه ای که تا پایان برنامه در هر سال حداقل ۸ مورد مهارت مورد نیاز آموزش
 - بررسی وپایش افزایش میزان شاخص CPR موفق در بیمارستان به گونه ای که تا پایان سال ۱۳۹۵ میزان این شاخص به بیش از ۶۰ درصد برسد.
-
- بررسی وپایش تدوین سیاستهای تعامل با بیمار دربدو بستری ، طول دوره درمان و ترخیص تا پایان سال ۱۳۹۵ و اجرای کامل آن درطول برنامه
 - بررسی وپایش کاهش میزان شاخص ترخیص با رضایت شخصی بیماران بستری در بیمارستان به گونه ای که تا پایان سال ۱۳۹۵ میزان این شاخص به کمتر از ۵ درصد
 - بررسی وپایش افزایش میزان شاخص تعیین تکلیف زیر ۱۲ ساعت دراورژانس به گونه ای که تا پایان سال ۱۳۹۵ میزان این شاخص به بیش از ۹۵ درصد

-بررسی وپایش میزان سزارین بطوریکه تا پایان سال ۱۳۹۵ به کمتر از ۲۰٪برسد.

ردیف	عناوین شاخص	واحد سنجش	استاندارد	دوره زمانی	سال ۹۵	سه ماهه اول ۹۴
------	-------------	--------------	-----------	------------	--------	----------------

۱س	نسبت تخت فعال به ثابت	درصد	۸۰	سالیانه	۱۳۲	
۲پ	ضریب اشغال تخت فعال	درصد	۷۵	ماهیهانه	۸۱	
۳پ	متوسط اقامت بیمار بستری در بیمارستان	روز		ماهیهانه	۳/۱	
۴پ	میزان چرخش تخت	ماهیهانه		سالیانه	۹۴	
۵پ	درصد سزارین	درصد	۳۰	ماهیهانه	۳۵/۹	۳۶/۳
۶پ	میزان اعمال جراحی انجام شده به تخت عمل	عددبه روز	۴	ماهیهانه	۳/۰۷	
۷پ	میزان مرده زایی	درصد	۱	سالیانه	۱/۴۹	
۸پ	میزان عفونت بیمارستانی	درصد	۵	ماهیهانه	۱/۶۹	۱/۵۳
۹پ	میزان مرگ ومیر خالص	درصد		سالیانه	۱/۳۴	
۱۰پ	تعیین تکلیف زیر ۶ساعت اورژانس	درصد		ماهیهانه	۹۰.۴۲	۹۱/۸
۱۱پ	تعداد ترخیص با رضایت شخصی از بخش اورژانس	درصد	۵	ماهیهانه	۷.۳۸	۸/۸
۱۲پ	درصد بیماران خارج شده از اورژانس ظرف ۱۲ ساعت	درصد		ماهیهانه	۸۴.۴۸	۷۶/۷
۱۳پ	درصد احیاء ناموفق به کل احیاهای انجام شده	درصد		ماهیهانه	۷۴	۷۱/۳
سنجش	عناوین شاخص	واحد	استاندارد	دوره زماری	نتیجه	سه ماهه اول ۹۴

۰	۰/۰۲	سالانه		درصد	سقوط از تخت	پ۱۴
۰/۰۹	۰/۱۲	ماهانه		درصد	نسبت تعداد موارد زخم فشاری در بیماران به کل بستری شدگان	پ۱۵
	۱/۹	ماهانه	۲	درصد	نسبت فوت به کل بستری شدگان	پ۱۶

تعریف جامعی از انواع شاخص ها

به طور خلاصه سازمان را باید به عنوان یک سیستم در نظر گرفت . این سیستم مجموعه ای از اجزاء به هم پیوسته است که برای تحقق هدف معینی است قرار می یابد . اجزاء اصلی سیستم عبارت است از درون داد، فرآیند، برون داد، پیامد.

بدین ترتیب درون دادها پس از گذشتن از فرآیند تغییر و تحول های مناسب، برون داد مورد انتظار را حاصل می کنند حال برای سنجش عملکرد یک سازمان می بایستی برای هر یک از اجزاء سیستم یکسری شاخص تعریف نمود که این شاخص ها برای اندازه گیری میزان دستیابی به آرمان ها یا اهداف از قبل تعیین کننده در یک سازمان مورد استفاده قرار می گیرد(الگوی IPPO).

الف- شاخص های ساختاری یا دروندادی: آنچه به عنوان زیرساخت ضروری برای فعالیت مطلوب و ارتقای سلامت مطر ح است که شامل منابع نیروی انسانی ، منابع تجهیزاتی ،منابع مالی و.... خواهد بود و بدون آنها امکان طراحی و اجرای برنامه ها و تامین اهداف وجود ندارد، در این گروه از شاخص ها جای می گیرد .

-نسبت تخت فعال به مصوب

-نسبت تعداد کادر پرستاری در بخشهای بستری به تخت فعال

ب - شاخص های فرآیندی: لازمه فعالیت کارآمد و اثربخش ، اجرای درست فرآیندهای درستی است که مجموع آنها، اهداف اصلی برنامه ها را دست یافتنی می سازد .
محصول هر یک از این فرآیندها (قطعات پازل گونه)، تصویر نهایی خواهد بود که بدون هر کدام از آنها امکان مشاهده آن تصویر وجود ندارد .

نحوه ارائه خدمات،روش ها و برنامه هایی است که باید برای دستیابی به اهداف سازمانی بکارگرفته شود .

- وجود کمیته های بیمارستانی

- وجود برنامه HIS

ج - شاخص ه ای پیامدی یا بروندادی : آنچه برای فعالان عرصه سلامت و به ویژه برای تصمیم گیرندگان اهمیت دارد دستیابی به اهداف مورد انتظار از برنامه ها (اثربخشی) و صرف هزینه کمتر برای دستیابی به آن اهداف (کارایی) و در نهایت ترکیبی از هر دو (بهره وری) است. واحدهایی که فرآیندهای درستی را طراحی و اجرا کرده اند ولی با عملیاتی کردن آنها به نتایج مطلوب دست پیدا نکرده اند و یا هزینه صرف شده برای دستیابی به این اهداف معقول ن بوده است، نباید انتظار حمایت مدیران حوزه سلامت از برنامه های خود را داشته باشند.

نتیجه چگونگی مراقبت ارائه شده می باشد. به بیان دیگر، نتایج مطلوب و نامطلوب مراقبت، کیفیت خدمات ارائه شده به بیمار را نشان می دهد .

- نسبت تعداد مرگ و میر به کل ترخیص شده ها و فوت شده ها

- نسبت ترخیص با رضایت شخصی به کل ترخیص شده ها

توضیحات:

در مواردی که استاندارد تعریف نگردیده است ، لازم است در مدت زمان معین شده معیار به صورت یک شاخص عددی ارزیابی گردد تا در فاصله زمان های معین کارآیی آن ، مورد تحلیل قرار گیرد .

استاندارد کشوری متوسط اقامت بیماران در بیمارستان جنرال ۳/۵ روز، روانپزشکی ۱۹ روز و تروما ۴/۵ روز تعیین شده است. استاندارد فاصله چرخش تخت بسته به نوع بیمارستان متفاوت می باشد. در بیمارستان های جنرال ۱ روز می باشد. منظور از حروف "س" ، "پ" و "ف": شاخص های ساختاری ، پیامدی و فرآیندی می باشد.

دستورالعمل:

تعریف و فرمول های شاخص های عمومی

ردیف	نام شاخص	تعریف شاخص	فرمول شاخص
۲	درصد رضایت بیماران از عملکرد بیمارستان تعداد کل بیماران نظر سنجی شده در بیمارستان	میزان رضایت بیماران از عملکرد بیمارستان که مورد نظر سنجی قرار گرفته به تعداد کل بیماران نظر سنجی شده در بیمارستان	رضایتمندی بیماران از عملکرد بیمارستان در یک دوره زمانی ۱۰۰×
۶	نسبت احیا موفق ثانویه به کل احیاء	احیاء به کلیه فعالیت های منظم و علی که جهت فعالیت سیستم تنفسی و که با ایست قلبی و تنفسی مواجه شده اند اطلاق می شود	احیاء موفق ۱۰۰×

	دد و احیا موفق به برگشت نبض و ریتم بیمار گویند.	
کل احیاء انجام شده		
تعداد کل مشاوره های درخواست شده ۱۰۰×	مشاوره به کلیه درخواست هایی که متخصصین جهت ادامه روند درمان بیمار و تشخیص صحیح درخواست می نمایند	۷ تعداد مشاوره های انجام شده به کل مشاوره های خواست شده
تعداد کل موارد بستری		
تعداد کل عفونت بیمارستانی را در یک دوره زمانی ۱۰۰×	به عفونت هایی که از ۴۸ ساعت پس از بستری در بیمارستان تا ۷۲ ساعت پس از ترخیص ایجاد می گردد و با تب بیمار مشخص می گردد	۸ مرگ میزان عفونت بیمارستانی
تعداد کل ترخیص شدگان و فوت شدگان در همان دوره زمانی	عفونت بیمارستانی اطلاق می گردد	
تعداد کل فوت شدگان × ۱۰۰	نسبت فوت به کل بستری شدگان : تعداد کل بیمارانی که در طی بستری در بیمارستان فوت می کنند به کل بستری شدگان در همان دوره زمانی اطلاق می گردد	۹ نسبت فوت به کل بستری شدگان
تعداد کل بستری شدگان		
احیاء موفق ۱۰۰×	احیاء به کلیه فعالیتهای منظم و علی که جهت فعالیت سیستم قلبی و تنفسی با ایست قلبی و تنفسی مواجه شده اند اطلاق گردد و احیا موفق ثانویه به معنی بیمار بصورت زنده و با پای خود را گویند.	۱۳ نسبت احیا موفق ثانویه به کل احیاء
کل احیاء انجام شده		
احیاء موفق ۱۰۰×	احیاء به کلیه فعالیتهای منظم و علی که جهت فعالیت سیستم قلبی و تنفسی با ایست قلبی و تنفسی مواجه شده اند اطلاق گردد و احیا موفق اولیه به معنی احیاء قلب پس از ایست قلبی و تنفسی اطلاق می گردد و یکی تا ۷۲ ساعت زنده بماند	۱۴ نسبت احیا موفق اولیه به کل احیاء

			کل احیاء انجام شده
۱۵	تعداد مشاوره های انجام شده به کل ناوره های درخواست شده	مشاوره به کلیه درخواست هایی که متخصصین جهت ادامه روند درمان بیماران خیص صحیح درخواست می نمایند	تعداد کل مشاوره های درخواست شده ۱۰۰×
			تعداد کل موارد بستری
۱۶	ثبت تعداد موارد خطاهای پرستاری ، روی ، سقوط از تخت به کل بیماران بستری	به کلیه اشتباهات پرستاری در طی روند درمانی بعد از اعم از دارویی و سقوط ت اطلاق می گردد	کل خطاهای پرستاری از یک دوره زمانی معین ۱۰۰×
			تعداد روز بستری در همان دوره زمانی
۱۷	ضریب اشغال تخت	نسبت بیمارانی که در تخت های بیمارستانی بستری هستند به تعداد کل تهای بیمارستانی ضریب اشغال تخت اطلاع می گردد	تعداد تخت فعال ۱۰۰×
			تعداد تخت مصوب
۱۹	تعداد ترخیص با رضایت شخصی از سایر بخشهای تری	به کل بیمارانی که علیرغم توصیه پزشک معالج و پرسنل حاضر به ادامه روند تری نبوده و با رضایت شخصی بیمارستان را ترک نموده اند	تعداد ترخیص با رضایت شخصی از بخش های بستری ۱۰۰×
			تعداد کل مرخصی شدگان از بخش های بستری
۳۰	متوسط حضور تیم احیا پس از اعلام کد	به اثربخشی کلاس های آموزشی در ارتقاء آگاهی پرسنل لاق می گردد	تعداد پرسنلی که در کلاس های آموزشی آگاهی آن ها افزایش یافته ت ۱۰۰×

	کل پرسنل بیمارستان شرکت کننده در همان دوره آموزشی		
۳۱	تعداد ترخیص با رضایت شخصی از سایر شبهای بستری	به کل بیمارانی که علیرغم توصیه پزشک معالج و پرسنل ضرر به ادامه روند بستری نبوده و با رضایت شخصی بیمارستان را ترک نموده اند	داد ترخیص با رضایت شخصی از بخش های بستری ۱۰۰×
			تعداد کل مرخصی شدگان از بخش های بستری
۳۵	میزان رضایتمندی بیماران بستری در شبهای بیمارستان		مجموع رضایتمندی بیماران بستری نظر سنجی شده از خدمات ارائه شده
			مجموع رضایتمندی بیماران بستری نظر سنجی شده از خدمات ارائه شده
۳۶	درصد شکایات مشتریان بخش ها و واح بی بیمارستان		تعداد موارد شکایات حل و فصل شده مشتریان در یک دوره زمانی ۱۰۰×
			تعداد موارد شکایات مشتریان در یک دوره زمانی
۵۴	میزان زایمان های انجام شده از طریق سزارین		۱۰۰ * تعداد سزارین نسبت به تعداد کل زایمان های انجام شده
۵۵	میزان مرده زایی		تعداد مرده زایی (از ۲۲ هفتگی حاملگی تا زمان نسبت به تعداد کل زایمان های پایان شده

احیاء موفق اولیه : بیمارانی که با انجام عملیات احیاء جریان خون و نبض آنها برمی گردد.
احیاء موفق ثانویه: بیمارانی که بعد از انجام عملیات احیاء ۲۴ ساعت زنده بماند و یا زنده از بیمارستان خارج شوند

هدف کلی : - ارتقاء مستمر کیفیت خدمات درمانی و ایمنی بیمار مرکز آموزشی - درمانی ولیعصر (عج) به استانداردهای بین المللی اعتباربخشی (JCA)

استراتژی : G۱ S۲ : مدیریت خطر ، حفظ و ارتقاء ایمنی بیمار و محیط مرکز آموزشی - درمانی ولیعصر (عج)

برنامه بهبود کیفیت سال ۹۵ هدف اختصاصی : بررسی و پایش کاهش میزان شاخص سقوط از تخت به گونه ای که تا پایان سال ۱۳۹۵ میزان این شاخص به کمتر از ۲ بیمار در سال برسد .

نام فعالیت	مسئول اجرا	تاریخ شروع	تاریخ پایان	شاخص دستیابی	میزان تحقق برنامه	علل عدم انجام کار	اقدامات مورد نیاز
زده های تمام تختهای خراب تعمیر شود	پرستار مسئول بفت	۹۴/۸/۱	ادامه دارد	تعداد تختهایی که رای زده بلند هستند	٪۱۰۰	-	-

-	-	٪۱۰۰	تعداد بیماران بدحال پیر که همراهی دارند	ادامه دارد	۹۴/۸/۱	پرستار مسئول بفت	حضور یک همراهی بر بالین بیماران بدحال و پیر
-	-	٪۱۰۰	تعداد بیماران که وزنش دیده اند	ادامه دارد	۹۴/۸/۱	پرستار کشیک	آموزش به بیمار و همراهی در خصوص مراقبت از بیمار
-	-	٪۱۰۰	تعداد تخت‌های که بین امکانات خریداری ده	ادامه دارد	۹۴/۱۱/۱	مسئول امور مالی	حتی الامکان تخت‌های قابل کنترل از نظر کوتاه و بلند شدن

هدف کلی

ارتقاء مستمر کیفیت خدمات درمانی و ایمنی بیمار مرکز آموزشی - درمانی ولیعصر (عج) به منظور دستیابی به استانداردهای بین المللی اعتباربخشی (JCA)

استراتژی: S_۲ G_۱: مدیریت خطر، حفظ و ارتقاء ایمنی بیمار و محیط مرکز آموزشی - درمانی ولیعصر (عج)

برنامه بهبود کیفیت سال ۹۵ هدف اختصاصی: بررسی و پایش ارتقاء بهداشت دست کلیه کارکنان شاغل در بیمارستان بگونه ای که ۸۵ درصد پرسنل شاغل تا پایان سال ۱۳۹۵ به طور صحیح و کامل ۷ مرحله شستشوی دست را به انجام رسانند

نام فعالیت	مسئول اجرا	تاریخ شروع	تاریخ پایان	شاخص دستیابی	میزان تحقق برنامه	علل عدم انجام کار	اقدامات مورد نیاز
آموزش گروهی با فیلم و اجرای عملی رده ها بهداشت دست	واحد ک نتر و نوت	بهار ۹۵	تکرار سالی بار	تعداد افراد آموزش ده	٪۱۰۰	-	-
آموزش چهره به چهره و پایش مداوم داشت دست	واحد کنترل و نوت	بهار ۹۵	مستمر طول سال	تعداد افراد پایش ده	٪۱۰۰	-	-
ارائه کنفرانس های متعدد	واحد کنترل و نوت	بهار ۹۵	مستمر طول سال	تعداد کنفرانس های ده شده	٪۱۰۰	-	-
تشویق پرسنلی به مناسبتهای مختلف ادن برنامه هدایا جهت بهداشت دست	واحد کنترل و نوت	تابستان ۹۵	مستمر طول سال	تعداد پرسنل تشویق ده	٪۱۰۰	-	-

هدف کلی : ارتقاء مستمر کیفیت خدمات درمانی و ایمنی بهار مرکز آموزشی - درمانی ولیعصر (عج) به استانداردهای بین المللی اعتباربخشی (JCA)

استراتژی: S_۲ G_۱ : مدیریت خطر ، حفظ و ارتقاء ایمنی بیمار ومحیط مرکز آموزشی - درمانی ولیعصر (عج)

برنامه بهبود کیفیت سال ۹۵ هدف اختصاصی :بررسی وپایش شناسایی دقیق میزان عفونتهای بیمارستانی به گونه ای که تا پایان سال ۱۳۹۵ به ۲٪ رشد دست پیدا کنیم

نام فعالیت	مسئول اجرا	تاریخ شروع	تاریخ پایان	شاخص دستیابی	میزان تحقق برنامه	علل عدم انجام کار	اقدامات مورد نیاز
برگزاری کلاس آموزشی جهت پرسنل پرسنل برای ردیابیم عفونت بیمارستان در بیمار	واحد کنترل عفونت	بهار ۹۵	شش ماهه ۹۵	مستندات	٪۱۰۰	-	-
انتخاب رابطین کنترل عفونت و آموزش قوی ومستمزشان	واحد کنترل عفونت	بهار ۹۵	مستمر در طول سال	آموزش های داده شده	٪۱۰۰	-	-
پیگیری بیماران تحت عمل جراحی تا یکماه ودر صورت نیاز تا یکسال بویژه در کلیه بیماران تحت عمل جراحی قلب قرار گرفته است	واحد کنترل عفونت	بهار ۹۵	مستمر در طول ماه	مستندات تعداد دهها	٪۱۰۰	-	-
بازدید حضوری ازبیماران بخشها جهت ردیابی علایم عفونبارستانی	واحد کنترل عفونت	بهار ۹۵	مستقر در طول ماه	مستندات تعداد دهها	٪۱۰۰	-	-

هدف کلی : - ارتقاء مستمر کیفیت خدمات درمانی و ایمنی بیمار مرکز آموزشی - درمانی ولیعصر (عج) به استانداردهای بین المللی اعتباربخشی (JCA)

استراتژی: S_۲ G_۱ ارتقاء و بهبود فرایند تعامل با بیمار ، همراهی و جامعه تحت پوشش مرکز آموزشی - درمانی ولیعصر (عج)

برنامه بهبود کیفیت سال ۹۵ هدف اختصاصی: بررسی و پایش انظرسنجی های دوره ای شش ماهه جهت سنجش میزان رضایت بیماران مرکز آموزشی - درمانی ولیعصر (عج) و دستیابی به رضایتمندی ۹۵ درصدی

نام فعالیت	مسئول اجرا	تاریخ شروع	تاریخ پایان	شاخص دستیابی	میزان تحقق برنامه	علل عدم انجام کار	اقدامات مورد نیاز
نظرسنجی از بیماران بستری	روابط عمومی	۹۴/۱۱/۴	پایان اسفند	تعداد فرمهای پرشد	%۱۰۰	-	-
تهیه فرم نظرسنجی از بیماران دیالیزی	روابط عمومی	۹۴/۱۱/۴	پایان اسفند	تعداد فرمهای پرشد	%۱۰۰	-	-
تهیه فرم نظرسنجی از بیماران سرپائی و بستری ژانس	روابط عمومی	۹۴/۱۱/۴	پایان اسفند	تعداد فرمهای پرشد	%۱۰۰	-	-
تهیه فرم نظرسنجی از بیماران سرپائی آزمایشگاه دیولوژی	روابط عمومی	۹۴/۱۱/۴	پایان اسفند	تعداد فرمهای پرشد	%۱۰۰	-	-
تهیه فرم نظرسنجی از بیماران سرپائی کلینیک صصی و عمومی	روابط عمومی	۹۴/۱۱/۴	پایان اسفند	تعداد فرمهای پرشد	%۱۰۰	-	-
تحلیل و بررسی نظر سنجی ها	روابط عمومی	مهر ۹۵	فروردین ۹۴	مستندات موجود	%۱۰۰	-	-

هدف کلی : ارتقاء مستمر کیفیت خدمات درمانی و ایمنی بیمار مرکز آموزشی - درمانی ولیعصر (عج) به استانداردهای بین المللی اعتباربخشی (JCA)

استراتژی: S_۲ G_۱ : مدیریت خطر ، حفظ و ارتقاء ایمنی بیمار و محیط مرکز آموزشی - درمانی ولیعصر (عج)

برنامه بهبود کیفیت سال ۹۵ هدف اختصاصی: بررسی و پایش بهبود استانداردهای جلب مشارکت و تعامل با بیمار و جامعه به میزان ۸۰٪ تا پایان سال جاری .

نام فعالیت	مسئول اجرا	تاریخ شروع	تاریخ پایان	شاخص دستیابی	میزان تحقق برنامه	علل عدم انجام کار	اقدامات مورد نیاز
آگاهی پرسنل، اجرا و نظارت بر اجرای لیست پروسیجرهای جمعی به بخشها جهت رویت پزشکان و کارکنان	مسئول اعتباربخشی	۹۴/۱۱/۱	۹۵/۱۱/۱	لیست ارسال شده	٪۱۰۰	-	-
آگاهی پرسنل، اجرا و نظارت بر فرم رضایت آگاهانه جهت سیجرهای تنها جمعی	مسئول اعتباربخشی	۹۴/۱۱/۱ در حال انجام	۹۵/۱۱/۱	فرم های تهیه شده	٪۱۰۰	-	-
آگاهی پرسنل و نظارت بر اجرای خط مشی ارسالی به آنها و انجام کار بر اساس خط مشی	مسئول اعتباربخشی	۹۴/۱۱/۱	۹۵/۱۱/۱	تعداد رضایت نامه های داده	٪۱۰۰	-	-
برنامه ریزی جهت افزایش آگاهی پرسنل برای نظارت تکمیل فرمها درج امضاء بیمار و پزشک و پرستار	مسئول اعتباربخشی	۹۴/۱۱/۱ در حال انجام	۹۵/۱۱/۱	مشاهد چند پرونده بصورت مداوم انجام میشود	٪۱۰۰	-	-
آگاهی پرسنل، اجرا و نظارت بر خط مشی شناسایی بیمار	مسئول اعتباربخشی	۹۴/۱۱/۱ در حال انجام	۹۵/۱۱/۱۵	خط مشی تهیه شده	٪۱۰۰	-	-
آگاهی پرسنل، اجرا و نظارت بر دستبند شناسایی و درج نام خانوادگی و شماره پرونده	مسئول واحد مدارک مسئول مسئول	۹۴/۱۱/۱ در حال انجام	۹۵/۱۱/۱	مداوم انجام میشود دستبندهای توزیع شده	٪۱۰۰	-	-

هدف کلی : - ارتقاء مستمر کیفیت خدمات درمانی و ایمنی بیمار مرکز آموزشی - درمانی ولیعصر (عج) به استانداردهای بین المللی اعتباربخشی (JCA)

استراتژی : GIS۳ ارتقاء و بهبود فرایند تعامل با بیمار ، همراهی و جامعه تحت پوشش مرکز آموزشی - درمانی ولیعصر (عج)

برنامه بهبود کیفیت سال ۹۵ هدف اختصاصی : بررسی و پایش تدوین سیاستهای تعامل لببیماردردو بستری ، طول دوره درمان و ترخیص تا پایان سال ۱۳۹۵ و اجرای کامل آن درطول برنامه

نام فعالیت	مسئول اجرا	تاریخ شروع	تاریخ پایان	شاخص دستیابی	میزان تحقق برنامه	علل عدم انجام کار	اقدامات مورد نیاز
آموزش حین بستری	پرسنل بخش ها تقسیم کار بخش	۹۴/۱۱/۱	۹۵/۱۱/۱	مستند در فرم ثبت وزش	-		
برگزاری جلسات منظم کمیته آموزش به بیماران	مسئول آموزش به بیماران	۹۴/۱۱/۱	۹۵/۱۱/۱	مستند برنامه زمان بندی شده			
آموزش بدو ورود بیماران	پرسنل بخش ها تقسیم کار بخش	۹۴/۱۱/۱	۹۵/۱۱/۱	مستند در فرم ثبت وزش به بیمار پرون			
آموزش ترخیص بیمار	پرسنل بخش ها تقسیم کار بخش	۹۴/۱۱/۱	۹۵/۱۱/۱	مستند در فرم ثبت وزش			

هدف کلی : ارتقاء مستمر کیفیت خدمات درمانی و ایمنی بیمار مرکز آموزشی - درمانی ولیعصر (عج) به منظور دستیابی به استانداردهای بین المللی اعتباربخشی (JCA)

استراتژی: ارتقاء مدیریت آمار و اطلاعات و گسترش فرهنگ بکارگیری آماردر مرکز آموزشی - درمانی ولیعصر (عج)

برنامه بهبود کیفیت سال ۹۵ هدف اختصاصی : بررسی و پایش آنالیز سه ماهه شاخص کلیدی عملکردی بیمارستان و واحدهای آن و طراحی مکانیسم مناسب سنجش آنها و گزارش نتایج به

نام فعالیت	مسئول اجرا	تاریخ شروع	تاریخ پایان	شاخص دستیابی	میزان تحقق برنامه	علل عدم انجام کار	اقدامات مورد نیاز
مجموع اقامت بیماران ترخیص شده و فوت شده/ تعداد کل بیماران مرخص شده و فوت شده	خانم یونسی خانم چاوشان	۹۴/۱۱/۱	۹۵/۱۱	۳.۱=متوسط اقامت بیمار	٪۱۰۰	-	-
۱۰۰*تعداد سزارینه‌های انجام شده/تعداد کل زایمانها+ سزارینها	خانم یونسی خانم چاوشان	۹۴/۱۱/۱	۹۵/۱۱	۳۵.۹=درصد سزارین	٪۱۰۰	-	-
درصد احیای ناموفق به کل احیا های انجام شده	سرپرستاران	۹۴/۱۱/۱	۹۵/۱۱	۷۴=احیای ناموفق	٪۱۰۰	-	-
۱۰۰*(تخت روز اشغالی +بیماران با اقامت کمتر از ۲۴ساعت)/تخت روز کل (تعداد تخت‌های	خانم یونسی خانم چاوشان	۹۴/۱۱/۱	۹۵/۱۱	۸۱=درصد اشغال تخت	٪۱۰۰	-	-
تعداد کل اعمال جراحی/ تخت عمل	خانم یونسی خانم چاوشان	۹۴/۱۱/۱	۹۵/۱۱	۳.۰۷=میزان عمل جراح	٪۱۰۰	-	-
تعداد تخت فعال/ تعداد تخت مصوب	خانم یونسی خانم چاوشان	۹۴/۱۱/۱	۹۵/۱۱	۱.۳۲=درصد تخت فعال صوب	٪۱۰۰	-	-

هدف کلی - ارتقاء مستمر کیفیت خدمات درمانی و ایمنی بیمار مرکز آموزشی - درمانی ولیعصر (عج) به منظور دستیابی به استانداردهای بین المللی اعتباربخشی (JCA)

استراتژی ۵ GIS ارتقاء فرایند ممیزی بالینی مرکز آموزشی - درمانی ولیعصر (عج)

برنامه بهبود کیفیت سال ۹۵ هدف اختصاصی : بررسی و پایش کاهش میزان شاخص ترخیص با رضایت شخصی بیماران بستری در بیمارستان به گونه ای که تا پایان سال ۱۳۹۵ میزان این شاخص به کمتر از ۵ درصد

نام فعالیت	مسئول اجرا	تاریخ شروع	تاریخ پایان	شاخص دستیابی	میزان تحقق برنامه	علل عدم انجام کار	اقدامات مورد نیاز
ویزیت بموقع بیماران	سرپرستار ژانسی	۹۴/۱۱/۱	۹۵/۱۱/۱	کاهش تعداد بیماران سایت شخصی	%۱۰۰	-	-
آموزش از نظر عوارض احتمالی به بیمار و همراهی	پرسنل کشیک	۹۴/۱۱/۱	۹۵/۱۱/۱	کاهش تعداد بیماران سایت شخصی	%۱۰۰	-	-
تعیین تکلیف بموقع	پرسنل اورژانس	۹۴/۱۱/۱	۹۵/۱۱/۱	کاهش تعداد بیماران سایت شخصی	%۱۰۰	-	-
تقسیم کار و مسئول مشخص برای هر واحد	سرپرستار	۹۴/۱۱/۱	۹۵/۱۱/۱	کاهش تعداد بیماران سایت شخصی	%۱۰۰	-	-
توضیح روند درمان به بیمار و همراهی	سرپرستار	۹۴/۱۱/۱	۹۵/۱۱/۱	کاهش تعداد بیماران سایت شخصی	%۱۰۰	-	-

هدف کلی

- ارتقاء مستمر کیفیت خدمات درمانی و ایمنی بیمار مرکز آموزشی - درمانی ولیعصر (عج) به منظور دستیابی به استانداردهای بین المللی اعتباربخشی (JCA) استفاده از اصول حاکمیت بالینی

استراتژی: S_۱-G_۵ ارتقاء فرایند ممیزی بالینی مرکز آموزشی - درمانی ولیعصر (عج)

برنامه بهبود کیفیت سال ۹۵ هدف اختصاصی: بررسی و پایش افزایش میزان شاخص تعیین تکلیف زیر ۱۲ ساعت در اورژانس به گونه ای که تا پایان سال ۱۳۹۵ میزان این شاخص به بیش از ۹۵ درصد

نام فعالیت	مسئول اجرا	تاریخ شروع	تاریخ پایان	شاخص دستیابی	میزان تحقق برنامه	علل عدم انجام کار	اقدامات مورد نیاز
ویزیت بموقع توسط آنکال	مسئول شیفت	۹۴/۱۱/۱	ادامه دارد	افزایش تعداد بیماران تعیین پیف شده زیر ۱۲ ساعت	٪۱۰۰	-	-
انجام آزمایشات بموقع	پرسنل	۹۴/۱۱/۱	ادامه دارد	افزایش تعداد بیماران تعیین پیف شده زیر ۱۲ ساعت	٪۱۰۰	-	-
انجام گرافی ها و سونوگرافی و Ct بموقع	پرسنل رادیولوژی	۹۴/۱۱/۱	ادامه دارد	افزایش تعداد بیماران تعیین پیف شده زیر ۱۲ ساعت	٪۱۰۰	-	-
آماده شدن جواب آزمایشات بموقع	واحد آزمایشگاه	۹۴/۱۱/۱	ادامه دارد	افزایش تعداد بیماران تعیین پیف شده زیر ۱۲ ساعت	٪۱۰۰	-	-
آماده شدن رپورت گرافی و سونو و CT	واحد رادیولوژی	۹۴/۱۱/۱	ادامه دارد	افزایش تعداد بیماران تعیین پیف شده زیر ۱۲ ساعت	٪۱۰۰	-	-
اطلاع سریع جواب اقدامات پاراکلینیک به پزشک	پرسنل اورژانس	۹۴/۱۱/۱	۹۵/۱۱/۱	افزایش تعداد بیماران تعیین پیف شده زیر ۱۲ ساعت	٪۱۰۰	-	-

هدف کلی - ارتقاء مستمر کیفیت خدمات درمانی و ایمنی بیمار مرکز آموزشی - درمانی ولیعصر (عج) به منظور دستیابی به استانداردهای بین المللی اعتباربخشی (JCA)

استراتژی: ارتقاء فرایند ممیزی بالینی مرکز آموزشی - درمانی ولیعصر (عج)

هدف اختصاصی :

کاهش میزان شاخص سزارین بیمارستان به گونه ای که تا پایان سال ۱۳۹۵ میزان این شاخص به کمتر از ۲۰ درصد برسد

نام فعالیت	مسئول اجرا	تاریخ شروع	تاریخ پایان	شاخص دستیابی	میزان تحقق برنامه	علل عدم انجام کار	اقدامات مورد نیاز
آموزش حین بارداری ۱- دادن تمپلت و یادآوری مزایای بان طبیعی و عوارض بیهوشی و عمل سزارین	مراکز بهداشت و پرسنل بان بخش زنان	۹۴/۱۱	ادامه دارد	تعداد تمپلتهای داده شده	٪۱۰۰	-	-
۲-مجاب کردن پزشکان جهت تاکید به بیمارانشان در مورد ام زایمان طبیعی و کاهش سزارین الکتیو	پزشک	۹۴/۱۱	ادامه دارد	تعداد پزشکانی که توجه ه اند	٪۱۰۰	-	-
۳-کاهش حق العمل سزارین و افزایش حق زایمان جهت ک	سازمان بیمه	۹۴/۱۱	ادامه دارد	هزینه کم شده جهت بیمار زایمانی	٪۱۰۰	-	-
۴-آموزش و آمادگی روحی و جسمی بیمار هنگام پذیرش ایشگاه جهت انجام زایمان طبیعی	پرسنل زایشگاه و بخش	۹۴/۱۱	ادامه دارد	تعداد بیمارانی که آمادگی حی پیدا کرده اند	٪۱۰۰	-	-
۵-در دسترس بودن امکانات لزوم جهت زایمان طبیعی بد باروشهای بروز مانند زایمان در آب	دانشگاه علوم پزشکی	۹۴/۱۱	ادامه دارد	تعداد زایمانهای طبیعی انجام	٪۱۰۰	-	-
۶-سخت گیری سازمانهای بیمه و عدم پذیرش بیمه بیمار سزارین الکتیو میشوند	سازمان بیمه	۹۴/۱۱	ادامه دارد	تعداد بیماران سزارین الکتیو بیمه تایید نکرده	٪۱۰۰	-	-
۷-تشویق در نظر گرفتن امتیاز ویژه جهت پزشکانی که رین کمتری دارند	سازمان تعرفه باری و کد اعمال	۹۴/۱۱	ادامه دارد	تعداد پزشکانی که بویق شده اند	٪۱۰۰	-	-

هدف کلی : ارتقاء مستمر کیفیت خدمات درمانی و ایمنی بیمار مرکز آموزشی - درمانی ولیعصر (عج) به استانداردهای بین المللی اعتباربخشی (JCA)

استراتژی : ارتقاء فرایند ممیزی بالینی مرکز آموزشی - درمانی ولیعصر (عج)

برنامه بهبود کیفیت سال ۹۵ هدف اختصاصی : بررسی وپایش افزایش میزان CPR موفق در بیمارستان به گونه ای که تا پایان سال ۱۳۹۵ میزان این شاخص به بیش از ۶۰ درصد بر

نام فعالیت	مسئول اجرا	تاریخ شروع	تاریخ پایان	شاخص دستیابی	میزان تحقق برنامه	علل عدم انجام کار	اقدامات مورد نیاز
رهبری گروه CPR توسط پزشک مجرب	دکتر مهدی دی	آذر ۹۴	مداوم	تعداد افراد مجرب	٪۱۰۰	-	-
پایش دقیق همکاران از نظر علمی و عملی	دکتر مهدی دی	آذر ۹۴	مداوم	تعداد همکاران پاینده	٪۱۰۰	-	-
افزایش اطلاعات علمی و عملی پرسنل مورد CPR	سوپروایزر آموزشی	آذر ۹۴	مداوم	تعداد پرسنل آگاه	٪۱۰۰	-	-
بررسی دقیق امکانات و تجهیزات مورد CPR	سرپرستار بخش مهندس تجهیزات	آذر ۹۴	مداوم	تعداد دستگاههای رسی شده	٪۱۰۰	-	-
ثبت دقیق آمار CPR موفق بخش ها	سوپروایزر کشیک	آذر ۹۴	مداوم	تعداد CPRها	٪۱۰۰	-	-

هدف کلی : ارتقاء مستمر کیفیت خدمات درمانی و ایمنی بیمار مرکز آموزشی - درمانی ولیعصر (عج) به منظور دستیابی به استانداردهای بین المللی اعتباربخشی (JCA)

استراتژی: GISY : ارتقای فرایند آموزش ومهارت آموزی کارکنان مرکز آموزشی - درمانی ولیعصر (عج)

برنامه بهبود کیفیت سال ۹۵ هدف اختصاصی : افزایش میزان مهارت کارکنان بیمارستان براساس نتایج آزمونهای تعیین توانمندی به گونه ای که تا پایان برنامه در هر سال حداقل ۸ مورد مهارت مورد نیاز آموزش

نام فعالیت	مسئول اجرا	تاریخ شروع	تاریخ پایان	شاخص دستیابی	میزان تحقق برنامه	علل عدم انجام کار	اقدامات مورد نیاز
آموزش شستشوی دست و hand rub	پرستار کنترل عفونت	۹۴/۱۱	ادامه دارد	تعداد نیروهای آموزش دید	٪۱۰۰	-	-
آموزش دستگاه الکتروشوک	سوپروایزر آموزشی	۹۴/۱۱	ادامه دارد	تعداد نیروهای آموزش دید	٪۱۰۰	-	-
آموزش دستگاه پیسی میکر	سوپروایزر آموزشی	۹۴/۱۱	ادامه دارد	تعداد نیروهای آموزش دید	٪۱۰۰	-	-
آموزش دستگاه ونتیلاتور	سوپروایزر آموزشی	۹۴/۱۱	ادامه دارد	تعداد نیروهای آموزش دید	٪۱۰۰	-	-
آموزش تفسیر نوار قلب	سوپروایزر آموزشی	۹۴/۱۱	ادامه دارد	تعداد نیروهای آموزش دید	٪۱۰۰	-	-
آموزش نیروهای جدید الورود	سوپروایزر آموزشی	۹۴/۱۱	ادامه دارد	تعداد نیروهای آموزش دید	٪۱۰۰	-	-
آموزش کنترل عفونت	سوپروایزر آموزشی	۹۴/۱۱	ادامه دارد	کسب نمره بیشتر از ٪۶۰	٪۱۰۰	-	-
آموزش خط مشی های هر واحد	سوپروایزر آموزشی	۹۴/۱۱	ادامه دارد	کسب نمره بیشتر از ٪۶۰	٪۱۰۰	-	-

هدف کلی : ارتقاء روحیه و فرهنگ تعامل سازمانی جهت بالا بردن سطح تعهد و رضایت مندی کارکنان مرکز آموزشی - درمانی ولیعصر (عج)

استراتژی: GFS5 : انجام نظرسنجی دوره ای از میزان رضایت مندی کارکنان بیمارستان

برنامه بهبود کیفیت سال ۹۵ هدف اختصاصی : انجام نظرسنجی های دوره ای ۶ ماهه از میزان رضایت پرسنل در محورهای مختلف کاری ؛ آنالیز و ارائه گزارش هر دوره به گونه ای که منجر به طراحی برای حداقل ۲ اقدام اصلاحی در هر سال گردد .

نام فعالیت	مسئول اجرا	تاریخ شروع	تاریخ پایان	شاخص دستیابی	میزان تحقق برنامه	علل عدم انجام کار	اقدامات مورد نیاز
انجام نظرسنجی از پرسنل و تحلیل پایش آن به صورت دوره های ۶ ماهه	خانم چوبینی	۹۴/۱۱	ادامه دارد	صورت جلسه گروه	%۱۰۰	-	-
توزیع فرم های نظرسنجی به گروه هدف	خانم علی آبادی	۹۴/۱۱	ادامه دارد	مستند فرم نظرسنجی	%۱۰۰	-	-
جمع آوری فرم ها و بررسی داده ها توسط مشاور	روابط عمومی	۹۴/۱۱	ادامه دارد	نرم افزار spss	%۱۰۰	-	-
نتیجه گیری	مدارک پزشکی	۹۴/۱۱	ادامه دارد	تعداد نمودارهای تهیه شده	%۱۰۰	-	-
استفاده از نتایج جهت ارتقاء کیفیت	حوزه ریاست	۹۴/۱۱	ادامه دارد	تعداد اقدامات انجام داده	%۱۰۰	-	-

