

اهداف ارائه

۱. شناخت ساختار و فرآیندهای بیمارستانی در استر اعتباربخشی

- آشنایی با ساختار، وظایف و تعاملات حیاتی بین بخش‌های درمانی (جراحی، ICU)، تشخیصی (آزمایشگاه) و پشتیبانی (CSR، لاندی).
- درک نقش کلیدی بخش‌های پشتیبانی (مانند CSR) در کنترل عفونت و تأثیر مستقیم آن‌ها بر ارتقای اعتباربخشی کل بیمارستان.
- شناخت فرآیندهای اصلی (مانند استریلیزاسیون، مدیریت نمونه‌ها، مراقبت‌های ویژه) و ارتباط آن‌ها با سنج‌های ایمنی بیمار.

۲. آشنایی با الزامات استاندارد و فرهنگ ایمنی

- آشنایی عملیاتی با تجهیزات، مدیریت منابع انسانی و اهمیت مستندسازی دقیق به عنوان پایه کنترل کیفیت در بخش‌های بالینی و پاراکلینیک.
- درک عمیق فرهنگ ایمنی و اهمیت گزارش‌دهی خطا بدون ترس از سرزنش (No Blame Culture) با هدف یادگیری و پیشگیری.

۳. تحلیل و ارائه راهکارهای بهبود کیفیت

- کسب مهارت در شناسایی عدم انطباق‌ها و تحلیل ریشه‌ای خطاها (RCA) برای یافتن نقاط ضعف سیستم.
- توانایی تحلیل وضع موجود و پیشنهاد اقدامات اصلاحی پایدار جهت بهبود فرآیندها و ارتقای سطح کیفی خدمات بیمارستان.

فهرست بخش‌ها و واحدهای بازدید شده

مراقبت ویژه، مانیتورینگ مستمر و ایمنی بیماران بد حال: ICU4

آزمایشگاه: کانون تشخیص دقیق با محوریت کنترل کیفی و صحت نتایج.

جراحی ۴: تمرکز بر چک لیست‌های ایمنی جراحی و مراقبت‌های استاندارد.

قلب کنترل عفونت و استریلیزاسیون مرکزی تجهیزات: CSR

لاندری: مدیریت بهداشت البسه و قطع زنجیره انتقال آلودگی.

جراحی ۵: مراقبت‌های تخصصی پس از جراحی و تسریع روند بهبودی.

داخلی ۱: تشخیص و درمان بیماری‌های حاد غیر جراحی و دارودرمانی.

تغذیه: تنظیم رژیم‌های درمانی و نظارت بر سلامت تغذیه بیماران.

مسمومین: مدیریت اورژانسی مسمومیت‌ها و سم‌زدایی سریع.

جراحی ۲: مراقبت از زخم و پیشگیری از عفونت‌های پس از عمل.

زنان و زایمان: مراقبت ایمن مادر و نوزاد و خدمات تخصصی زنان.



بخش ICU4

سنجه‌های اعتباربخشی ICU4

- استفاده از تخت‌های ظرفیت ویژه برای اعمال غیر اورژانسی: مدیریت ظرفیت مناسب است، اما فشار کاری گاهی محدودیت ایجاد می‌کند. (تحقق: ۷۰٪)
- پذیرش و انتقال ایمن بیماران حاد: فرآیندها تعریف شده، احتمال تأخیر در ساعات پرتراکم. (تحقق: ۶۸٪)
- تریاژ بیماران اورژانس: نیاز به بازنگری و آموزش بیشتر دارد. (تحقق: ۶۵٪)
- پذیرش و پرداخت هزینه‌ها: معمولاً بدون اختلال، گاهی تأخیر اداری. (تحقق: ۶۷٪)
- مشارکت پزشکان متخصص مقیم: حضور فعال، چالش در پوشش کامل تمام ساعات. (تحقق: ۶۶٪)

سنجه‌های اعتباربخشی ICU4 و وضعیت خطا

- مراقبت‌های پرستاری مستقیم: مستمر، اما تحت تأثیر فشار کاری. (تحقق: ۷۰٪)
- شناسایی/درمان سکتة حاد (زمان طلایی): فرآیند تعریف شده، اجرای کامل دشوار است. (تحقق: ۶۰-۶۳٪)
- ارائه خدمات (مثل آنژیوگرافی): محدودیت تجهیزات و نیروی انسانی. (تحقق: ۶۸٪)
- وضعیت گزارش خطا:
- گزارش خطا (Error): ۷۷٪ (ثبت خطاهای واقعی انجام می‌شود).
- گزارش Near Miss: ۱۸٪ (موارد نزدیک به خطا کمتر گزارش می‌شوند).
- فرهنگ گزارش دهی: نیاز به تقویت فرهنگ "بدون تنبیه" (No Blame). (تحقق: ۶۵٪)

پایش، نقاط قوت و قابل بهبود ICU4

- نقاط قوت: همدلی و همکاری پرسنل، نظم و برنامه‌ریزی دقیق، پیگیری مناسب امور بیماران، فضای کاری نسبتاً آرام.
- پیشنهادات: ایجاد اتاق اختصاصی همراه (ظرفیت IPD)، برقی شدن کامل تخت‌ها، بهبود رختکن و امکانات رفاهی.
- نقاط قابل بهبود:
 - نیروی انسانی: کمبود کمک‌بیمار (خطر زخم بستر) و عدم همکاری کافی سایر بخش‌ها.
 - تجهیزات: نبود گرافی پرتابل (وابستگی به ICU اعصاب و تأخیر).
 - انتقال بیمار: انتقال نایمن، اتصالات ناکارآمد، گزارش آسیب‌های حین انتقال (Missed injuries).

مقایسه، عدم انطباق و اقدامات اصلاحی ICU4

- مقایسه با سایر بخش‌ها: سطح اعتبار بخشی بالاتر (۷۵٪) اما حساس‌تر به دلیل ریسک بالا. فشار کاری و خستگی می‌تواند تحقق را کاهش دهد.
- موارد عدم انطباق: ناقص بودن مستندسازی، برچسب‌گذاری ناقص سرم‌ها، رعایت ناقص بهداشت دست (Hand Hygiene)، عدم ثبت آموزش به همراه.
- اقدامات اصلاحی:
 - تقویت فرهنگ گزارش دهی و ساده‌سازی فرم‌ها.
 - افزایش نیرو در شیفت‌های شلوغ.
 - پایش مستمر بهداشت دست و بازخورد آدیت‌ها.

بخش آزمایشگاه



سنجه‌های اعتباربخشی آزمایشگاه

- شناسایی و ایمنی بیمار: شناسایی فعال و برچسب‌گذاری در بالین. (تحقق: ۷۸٪)
- کنترل عفونت و انتقال نمونه: رعایت ضوابط انتقال، نیاز به پایش بیشتر. (تحقق: ۷۵٪)
- معیارهای پذیرش نمونه: ضوابط مشخص است، گاهی ناهماهنگی در اجرا. (تحقق: ۷۲٪)
- برچسب‌گذاری هوشمند: استفاده از سیستم اطلاعات بیمارستان، برخی نقایص فنی. (تحقق: ۷۶٪)
- روش‌های مدون و مواد معتبر: استفاده از کیت‌های معتبر و دستورالعمل‌های مدون. (تحقق: ۷۷٪)
- زمان بندی و گزارش نتایج: اطلاع‌رسانی به موقع (روتین / اورژانس)، اندکی تأخیر در ارجاعی. (تحقق: ۷۸-۷۹٪)

گزارش خطا و فرآیندهای کلیدی آزمایشگاه

- آمار گزارش‌ها: درصد گزارش خطا ۱۵٪ | درصد Near Miss (خطای نزدیک) ۱۰٪.
- فرآیندهای کلیدی:
 - شناسایی خطا: بررسی دقیق همه مراحل (تحقق: ۸۰٪).
 - ثبت دقیق: زمان، محل و شرح اتفاق (تحقق: ۷۵٪).
 - ثبت علت: انسانی، تجهیزاتی، فرآیندی (تحقق: ۷۲٪).
 - گزارش بدون ترس: فرهنگ ایمنی (تحقق: ۶۸٪).
 - اقدامات اصلاحی: ثبت راه‌حل و پیگیری اثربخشی (تحقق: ۷۰-۷۵٪).

پایش و مقایسه سطح اعتباربخشی آزمایشگاه

- نقاط قوت: روحیه همدلی و همکاری، سرعت عمل و پاسخ‌دهی مناسب.
- نقاط قابل بهبود: وابستگی به نیروهای طرحی و کاهش نیرو پس از اتمام طرح، تجهیزات فرسوده، عدم آشنایی برخی پرستاران با فرآیندهای آزمایشگاهی، جانمایی نامناسب فضا.
- مقایسه اعتباربخشی:
 - آزمایشگاه (۷۸٪): تمرکز بر دقت، صحت و کنترل کیفی سخت‌گیرانه.
 - بخش‌های بالینی (۷۲٪): تمرکز بر مراقبت بالینی و ایمنی بیمار.
 - مستندسازی: در آزمایشگاه (۷۶٪) دقیق‌تر از بالینی (۶۸٪) است.

عدم انطباق‌ها و اقدامات اصلاحی آزمایشگاه

- موارد عدم انطباق: نمونه‌های بدون برچسب کامل، عدم رعایت دقیق QC داخلی، تأخیر در ثبت نتایج، تجهیزات بدون مستندات کالیبراسیون، کمبود ثبت آموزش پرسنل.
- اقدامات اصلاحی پیشنهادی:
 - به‌روزرسانی و رعایت کامل SOPها.
 - برگزاری و ثبت دوره‌های آموزشی منظم.
 - بهبود ثبت دقیق نمونه‌ها و نتایج.
 - توسعه سیستم گزارش‌دهی خطا و تحلیل ریشه‌ای.
 - تقویت پایش دوره‌ای تجهیزات و کالیبراسیون.



بخش جراحی ۴

سنج‌های اعتباربخشی جراحی ۴

- شناسایی فعال بیمار: ابزارها موجود ولی استفاده غیریکنواخت. (تحقق: ۷۵٪)
- ارزیابی اولیه پرستاری: اکثر مواقع انجام می‌شود. (تحقق: ۸۰٪)
- مراقبت پرستاری و ایمنی: متناسب با سطح مراقبت، تحت تأثیر فشار کاری. (تحقق: ۷۵٪)
- مدیریت درد و مهار شیمیایی: به‌طور گسترده و صحیح رعایت می‌شود. (تحقق: ۸۰٪)
- تلفیق دارویی و مهار فیزیکی: نیازمند نظارت بیشتر و تقویت. (تحقق: ۶۵٪)
- تغذیه حمایتی: اکثر موارد رعایت می‌شود. (تحقق: ۷۵٪)

وضعیت گزارش خطا در جراحی ۴

- آمار: درصد گزارش خطا ۱۲٪ | درصد ۱۲٪ Near Miss.
- فرآیندها:
 - شناسایی خطا در همه مراحل (تحقق: ۸۵٪).
 - ثبت سریع و دقیق جزئیات (تحقق: ۸۰٪).
 - ثبت علت احتمالی (انسانی/تجهیزاتی) (تحقق: ۷۵٪).
 - اطلاع رسانی به مسئول شیفیت (تحقق: ۸۵٪).
 - ثبت و پیگیری اقدامات اصلاحی (تحقق: ۷۵-۸۰٪).

مقایسه و پایش جراحی ۴

- سطح کلی اعتباربخشی: بالا (حدود ۸۵٪) به دلیل حساسیت ایمنی بیمار.
- نقاط قوت: اجرای منظم چک لیست ها و پروتکل ها (۸۳٪)، مستندسازی بیهوشی و جراحی (۸۰٪)، گردش منظم پرسنل (۸۲٪).
- پتانسیل ارتقا: با اصلاح نواقص مستندسازی امکان رسیدن به ۹۰٪ وجود دارد.
- گزارش خطا: فرهنگ گزارش دهی فعال است اما جای تقویت دارد (۷۸٪).

عدم انطباق‌ها و اقدامات اصلاحی جراحی ۴

- عدم انطباق‌ها: ناقص بودن چک لیست جراحی WHO، عدم تأیید صحیح Time Out، خطر جا ماندن ابزار، عدم رعایت کامل استریلیزاسیون، ثبت ناقص مراقبت‌های پرستاری و بیهوشی.
- اقدامات اصلاحی:
 - a. تکمیل دقیق چک لیست‌های جراحی و ثبت مراقبت‌ها.
 - b. اجرای دقیق Time Out و کنترل شمارش ابزار.
 - c. آموزش مداوم SOPها و چک لیست‌ها.
 - d. ایجاد سیستم گزارش دهی غیرتنبیهی و تحلیل ریشه‌ای خطا.
 - e. آموزش به بیمار و پیگیری رضایت‌مندی.

بخش CSR (استریلیزاسیون مرکزی)



سنجدهای اعتباربخشی CSR

- ساختار فیزیکی: دیوار و کف استاندارد (۹۵٪)، تفکیک محیط با خط قرمز (۸۵٪)، تفکیک فضاهای کثیف/تمیز/استریل (۸۰٪).
- تجهیزات و پرسنل: سینک سه قلو (۹۰٪)، پرسنل مجزا (۸۵٪)، کالیبراسیون دستگاهها (۸۰٪).
- تهویه و شرایط محیطی: سیستم تهویه (۷۵٪)، گردش هوا (۷۰٪)، کنترل رطوبت (۸۵٪) و دما (۸۵٪).
- فرآیند: اطمینان از پاکسازی قبل از استریل (۹۰٪)، دستگاه شستشو بین دو اتاق (۷۵٪).

گزارش خطا و Near Miss در CSR

- آمار: درصد گزارش خطا ۱۲٪ | درصد Near Miss ۱۲٪.
- فرآیندها:

- شناسایی در همه مراحل (شستشو تا توزیع) (۸۵٪).
- ثبت دقیق و سریع (۸۰٪) و ثبت علت احتمالی (۷۵٪).
- گزارش بدون ترس و اطلاع به مسئول (۷۰-۸۵٪).
- ثبت و پیگیری اقدامات اصلاحی (۷۵-۸۰٪).
- هدف: افزایش ایمنی بیمار و ارتقای کیفیت عملکرد.

پایش و مقایسه سطح اعتباربخشی CSR

- نقاط قوت: رعایت دقیق تفکیک فضاها، مستندات و تست‌های کنترل کیفی منظم، توجه به ایمنی فردی.
- نقاط ضعف و قابل بهبود: کمبود توالی مخصوص، نیاز به آموزش پرسنل جدید، ضعف در ثبت دیجیتال، کمبود تجهیزات (ایرجت).
- مقایسه با بالینی:
- سطح کلی: (۷۰٪) CSR نسبت به بالینی (۸۵٪) پایین‌تر است.
- مستندسازی: (۶۵٪) CSR - بالینی (۸۰٪).
- گزارش خطا: (۵۵٪) CSR - بالینی (۷۵٪).
- پتانسیل ارتقا: ۸۵٪.

عدم انطباق‌ها و اقدامات اصلاحی CSR

- عدم انطباق‌ها: ثبت ناقص مستندات، عدم تطابق برچسب‌گذاری پک‌ها، استفاده ناهماهنگ از اندیکاتورها، عدم ثبت نتایج بیولوژیک، تأخیر در گزارش خطا.
- اقدامات اصلاحی:
 - a. بهبود مستندسازی: استفاده از چک لیست استاندارد و الزام به تکمیل فرم‌ها.
 - b. تقویت آموزش: آموزش بدو ورود و دوره‌ای کنترل عفونت.
 - c. ارتقای گزارش دهی: ایجاد فضای ایمن (No Blame) و تحلیل ریشه‌ای.
 - d. پایش و تجهیزات: آدیت منظم، سرویس دستگاه‌ها و تأمین نیروی انسانی.



بخش لاندري (رختشويخانه)

سنجه‌های اعتباربخشی لاندري

- ساختار و فضا: رعايت نسبي بهداشت و فضاها (۷۵٪)، تفكيك محل ذخيره تميز/كثيف (۸۵٪).
- فرآيندها: تفكيك جمع‌آوری (۷۰٪)، انتقال به بخش‌ها (۶۵٪)، شستشوی جداگانه عفونی (۶۰٪).
- تجهيزات: وجود خشك‌كن و اتو (۶۵٪)، مدیریت فاضلاب (۶۰٪)، کنترل کیفیت آب (۶۵٪).
- جمع‌بندی: سطح اعتباربخشی متوسط (حدود ۶۸٪).

وضعیت گزارش خطا در لانداری

- آماز: درصد گزارش خطا ۱۲٪ | درصد ۹٪ Near Miss.
- فرآیندها:
- شناسایی خطا در همه مراحل (تحقق: ۷۵٪).
- ثبت دقیق و سریع (تحقق: ۷۰٪).
- ثبت علت احتمالی و تحلیل (تحقق: ۶۸٪).
- گزارش بدون ترس از تنبیه (تحقق: ۶۵٪).
- اطلاع رسانی به مسئول شیفت (تحقق: ۷۸٪).
- ثبت و ارزیابی اقدامات اصلاحی (تحقق: ۶۵-۷۰٪).

پایش و مقایسه لاندري

- نقاط قوت: پرسنل مسئولیت پذیر، رعایت نسبی نظم و تفکیک، همکاری مناسب با بخش‌ها.
- نقاط قابل بهبود: کمبود نیرو و فشار کاری، قدیمی بودن دستگاه‌ها، نیاز به آموزش کنترل عفونت، فرسودگی محیط.
- مقایسه (با تمرکز بر استانداردها):
 - استانداردها در بخش‌های ویژه مثل ICU سخت‌گیرانه‌تر (۷۲٪) و ریسک بالاتر است.
 - لاندري با میانگین ۶۸٪ نیازمند ارتقای تجهیزات و فرآیندهاست.

عدم انطباق‌ها و اقدامات اصلاحی لاندري

- موارد عدم انطباق: عدم تفكيك كامل لباس آلوده/تميز، ثبت ناقص دما/زمان شستشو، مسير حمل مشترك، آموزش ناكافي، مستندسازي ناقص سرويس تجهيزات.
- اقدامات اصلاحی پیشنهادی:
 - آموزش منظم پرسنل لاندري.
 - بهبود مسيرهای تفكيك لباس.
 - استفاده از چك لیست‌های كنترل کیفیت.
 - تقويت فرهنگ گزارش خطا.
 - به‌روزرسانی و سرويس منظم تجهيزات و نظارت مشترك با كنترل عفونت.

نقاط قوت کلی بیمارستان هاشمی نژاد در حوزه کیفیت و اعتبار بخشی:

1. تجهیزات پزشکی مناسب و نسبتاً به روز: این بیمارستان از تجهیزات تشخیصی و درمانی متناسب با سطح خدمات خود استفاده می کند که نقش مهمی در بهبود روند تشخیص و درمان بیماران دارد.
2. کادر پزشکی متخصص: حضور پزشکان و کادر درمانی با تجربه در رشته های مختلف، امکان ارائه خدمات درمانی و پیگیری مناسب بیماران را فراهم کرده است.
3. رعایت استانداردهای بهداشتی و ایمنی: بیمارستان در حد الزامات تعیین شده، بر رعایت اصول بهداشتی، کنترل عفونت و ایمنی بیماران نظارت دارد که این موضوع در افزایش اعتماد مراجعه کنندگان مؤثر است.
4. شناخت منطقه ای: بیمارستان هاشمی نژاد به ویژه در برخی حوزه های تخصصی، در سطح شهر مشهد و استان شناخته شده است و بیماران از مناطق اطراف نیز به آن مراجعه می کنند.

در مجموع، این ویژگی ها نشان دهنده جایگاه مناسب بیمارستان هاشمی نژاد مشهد در ارائه خدمات درمانی در سطح منطقه ای است.

چالش‌ها و مشکلات مشترک این بخش‌ها:

- کمبود نیروی انسانی و فشار کاری بالا
- ضعف در مستندسازی و تکمیل چک‌لیست‌ها
- گزارش‌دهی ناکافی خطاهای نزدیک به وقوع (Near Miss)
- تأخیر در فرآیندها به ویژه در ساعات پرتراکم
- کمبود یا فرسودگی تجهیزات
- آموزش ناکافی و ناهماهنگ پرسنل

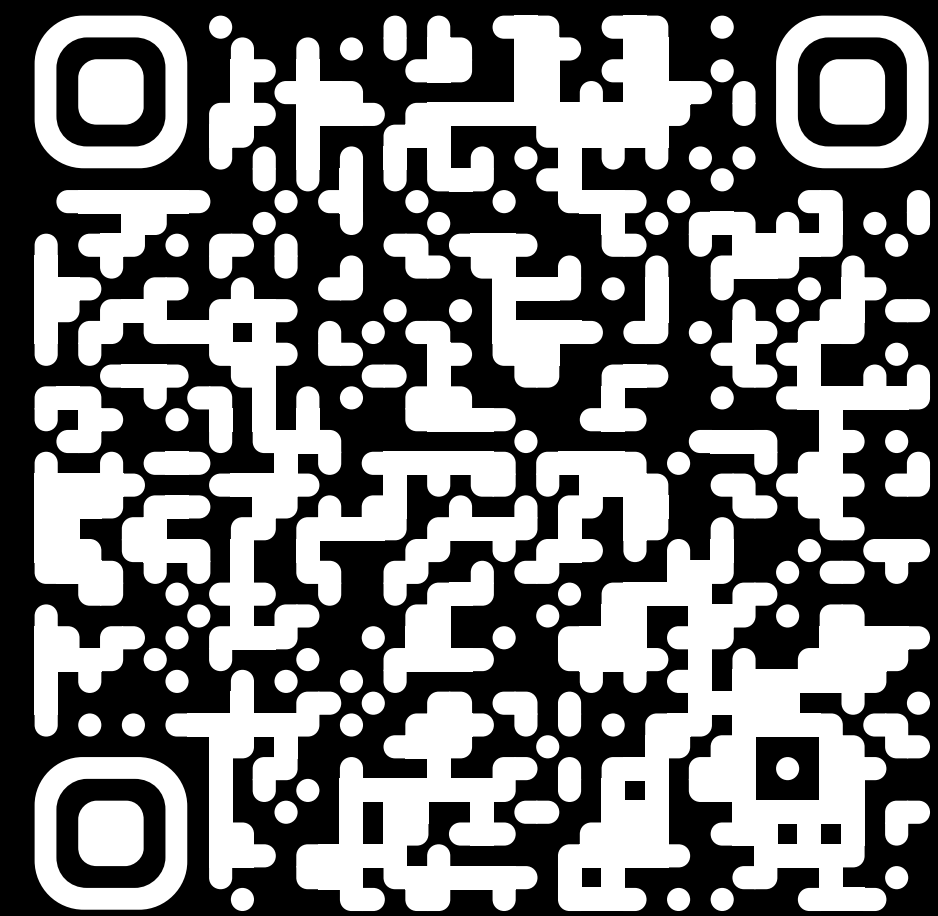
پیشنهادهای عملی و قابل اجرا:

- افزایش نیرو یا تقویت شیفتهای شلوغ
- ساده سازی و الزام به تکمیل چک لیست ها
- تقویت فرهنگ گزارش دهی
- آموزش های کوتاه و دوره ای + بدو ورود
- سرویس و تأمین تجهیزات ضروری
- پایش مستمر و بازخورد منظم به پرسنل

INTERNSHIP EXPERIENCE



**THANKS FOR YOUR
ATTENTION!**



HELIA HORMOZI & AMIRALI NAGHIBI