



۱- هدف: ایجاد باور و اعتقاد در کلیه کارکنان (مبنی بر این که خط مشی غیر تنبیهی در ارتباط با اتفاقات ناخواسته مرتبط به ایمنی بیمار مؤثر و عملی است). افزایش گزارش داوطلبانه اتفاقات ناخواسته دارویی و سایر اتفاقات ناخواسته. اجرای مداخلات اصلاحی مبتنی بر اطلاعات اخذ شده از بازدیدهای مدیریتی به منظور ارتقاء ایمنی بیمار کاهش قابل ملاحظه وقوع اتفاقات ایمنی بیمار در سطح بیمارستان مبتنی بر پایش اتفاقات ناخواسته	
۲- دامنه کاربرد: کلیه بخش‌ها و واحدهای بیمارستان صاحبان فرایند: مسئول ایمنی، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی و تیم ایمنی بیمارستان	
۳- تعاریف:-	
۴- سیاست اجرایی بیمارستان: ۴-۱- سیاست بیمارستان‌های گروه درمانی نیکان با استناد به اسناد ابلاغی بالادستی و استانداردهای اعتباربخشی به منظور ایجاد فرهنگ ایمنی در بیمارستان و ارائه راهکار جهت کاهش خطاها، به اشتراک گذاری و درس‌آموزی، انجام اقدامات اصلاحی و ایجاد موانع جهت تکرار خطاها و حل مشکلات ساختاری و فرایندی بخش‌ها مقرر گردیده است.	
۵- مسئول پاسخگو: مسئول ایمنی بیمار، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی	
۶- مسئولیت‌ها و اختیارات:	
۱-۶	مسئول فنی، مسئول ایمنی، کارشناس هماهنگ کننده ایمنی و تیم ایمنی مسئولیت نظارت بر اجرای صحیح این روش اجرایی را برعهده دارد.
۷- شیوه انجام کار:	
۷-۱	تقویم بازدید مدیریتی ایمنی در ابتدای سال تدوین و به کلیه بخش‌ها و واحدهای بیمارستان ابلاغ می‌شود.
۷-۲	برنامه بازدیدها شنبه هر هفته راس ساعت ۱۰ صبح با حضور ریاست بیمارستان، مدیر درمان و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی، مدیر اجرایی، مدیر پرستاری، مسئول بهبود کیفیت و سوپروایزر اعتباربخشی انجام می‌شود.
۷-۳	بازدید از هر بخش یا واحد سالی دو بار توسط تیم مدیریتی انجام می‌شود و مسئولین از تاریخ بازدید مطلع می‌باشند.
۷-۴	سوالات هشتگانه بازدید مدیریتی یک هفته قبل از بازدید به صورت الکترونیکی توسط تمام پرسنل بخش/ واحد پاسخ داده می‌شود. سپس کارشناس هماهنگ کننده ایمنی تمام پاسخ‌ها را جمع‌آوری می‌کند و موارد پرتکرار و با اهمیت بیشتر الویت بندی می‌شود.
۷-۵	پیگیری مصوبات بازدید مدیریتی قبلی، آمار گزارشات خطا ثبت شده توسط پرسنل بخش/ واحد، اقدامات اصلاحی انجام شده در بازدید میدانی و پیگیری مصوبات بازدید میدانی قبلی به صورت یک گزارش جهت بازدید مدیریتی بخش یا واحد مربوطه جمع‌آوری می‌شود.
۷-۶	کارشناس هماهنگ کننده ایمنی در روز بازدید گزارشی از بخش طبق یافته‌های جمع‌آوری شده ارائه می‌دهد. سپس مسئول بخش و پرسنل درخصوص چالش‌هایی که درخصوص ایمنی بیمار، تجهیزات و کارکنان دارند مطرح می‌کنند. پاسخ به سوالات هشتگانه ایمنی بررسی و تحلیل می‌شود سپس بازدید از فضای بخش توسط مدیران انجام می‌شود.
۷-۷	مصوبات در انتهای بازدید قرائت می‌شود و یک عکس یادبود به همراه پرسنل بخش و تیم بازدید کننده گرفته می‌شود.
۷-۸	صورتحلّسه و مصوبات بازدید مدیریتی در اتوماسیون و سامانه مدیر برای مسئول بخش و اعضای تیم ایمنی ثبت و توسط ریاست بیمارستان ابلاغ می‌شود.
۷-۹	پیگیری مصوبات توسط اعضای تیم، صاحبان فرایند و مسئول بخش پیگیری می‌شود.
۷-۱۰	نتایج بازدیدهای مدیریتی به صورت فصلی در کمیته پایش و سنجش ارائه می‌گردد.
۸- پایش و نظارت:	
۸-۱- پایش: پایش مستمر نتایج حاصله بر عهده کارشناس هماهنگ کننده ایمنی است و مسئول بهبود کیفیت بر روند پایش نیز نظارت می‌نماید.	
۸-۲- نظارت: مسئول بهبود کیفیت و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بر روند اجرای خط مشی و روش نظارت دارند.	



۹- مرجع تایید، تصویب، ابلاغ، نگهداری، توزیع و بازنگری:

۱-۹- تایید: پس از تایید اولیه ریاست بیمارستان، کمیته پایش و سنجش کیفیت مرجع تایید این سند خواهد بود.

۲-۹- تصویب و ابلاغ: رئیس بیمارستان، مرجع تصویب و ابلاغ این سند خواهد بود.

۳-۹- نگهداری و توزیع: نسخه اصل این سند در دفتر بهبود کیفیت نگهداری خواهد شد و توزیع نسخ این روش اجرایی توسط دفتر بهبود کیفیت صورت خواهد گرفت.

۴-۹- بازنگری: این سند توسط کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار با هماهنگی دفتر بهبود کیفیت به صورت سالانه مورد بازنگری قرار خواهد گرفت. رئیس بیمارستان، مدیر درمان و دفتر بهبود کیفیت میتوانند پیشنهاد بازنگری در این سند را خارج از بازه زمانی عادی بازنگری، مطرح نمایند.

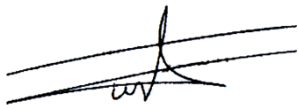
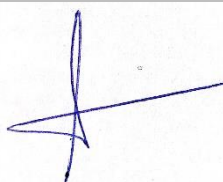
۱۰- منابع و مراجع :

۱-۱۰- استانداردهای بیمارستانهای دوستدار ایمنی بیمار

۲-۱۰- استانداردهای اعتباربخشی ویرایش پنجم، ۱۴۰۱

۳-۱۰- دستورالعمل های ابلاغی از معاونت درمان

۴-۱۰- دستورالعمل های داخلی بیمارستان

تهیه کنندگان			
فاطمه رئیسی سوپروایزر اعتباربخشی	مهتاب زمانی مدیر پرستاری	دکتر ناصر صدر ممتاز مدیر اجرایی	دکتر علی باقرنیا مدیر درمان
			
تصویب و ابلاغ کننده		تأیید کننده	تأیید اولیه
دکتر رضا تقدیر ریاست بیمارستان		دکتر علی باقرنیا مدیر درمان	فاطمه یوسفی مسئول بهبود کیفیت
			
توزیع نسخ			
		دفتر اعتباربخشی و بهبود کیفیت بیمارستان نیکان	