همکار گرامی :

با سلام و احترام: به استحضار می رساند دانشگاه علوم پزشکی تبریز در نظر دارد در راستای اجرای حاکمیت بالینی و اعتباربخشی در بیمارستانها، نسبت به جمع آوری و گزارش شاخص های بیمارستانهای استان اقدام کند. در این راستا در نظر دارد ابتدا نسبت به شناسایی موانع موجود و توانایی بیمارستانها جهت اجرای موفق حاکمیت بالینی و اعتباربخشی اقدام کند که پرسشنامه و فرم های زیر در این راستا طراحی شدند. خواهشمند است با جواب های دقیق و نظرات سازنده خود ما را در این امر یاری فرمائید. در ضمن میزان دقت و کیفیت تکمیل این پرسشنامه و فرم های ضمیمه ملاک نمره شما در کارگاه " مستندسازی و شاخص های بیمارستانی" خواهد بود. گفتنی است تمامی اطلاعات شما کاملا محرمانه خواهد بود. از همکاری و مساعدتهای شما کمال تقدیر و تشکر بعمل می آید.

جنس...... سن............. بیمارستان................. بخش...................... مسئولیت...............................

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **سوالات** | **خیلی کم** | **کم** | **متوسط** | **زیاد** | **خیلی زیاد** |
| 1 | تعهد و تاکید مدیر بیمارستان شما جهت جمع آوری و استفاده از شاخص های عملکردی بیمارستانی |  |  |  |  |  |
| 2 | کامل بودن پرونده ها و سیستم HIS بیمارستانها برای جمع آوری شاخصهای عملکردی بیمارستانی |  |  |  |  |  |
| 3 | توانمندی های پرسنل بیمارستان شما جهت جمع آوری و گزارش شاخص های بیمارستانی |  |  |  |  |  |
| 4 | منابع و امکانات بیمارستان شما جهت جمع آوری و گزارش شاخص های عملکردی بیمارستانی |  |  |  |  |  |
| 5 | سهولت و امکان پذیر بودن جمع آوری و گزارش شاخص های عملکردی در بیمارستان شما |  |  |  |  |  |
| 6 | تاثیر اندازه گیری و گزارش شاخص های عملکردی بیمارستانی در موفقیت بیمارستان شما |  |  |  |  |  |
| 7 | نقش و تاثیر حاکمیت بالینی در جمع آوری و گزارش شاخص های عملکردی بیمارستانی |  |  |  |  |  |
| 8 | نقش و تاثیر اعتباربخشی در جمع آوری و گزارش شاخص های عملکردی بیمارستانی |  |  |  |  |  |
| 9 | تا چه اندازه با مفاهیم و اصول حاکمیت بالینی آشنایی دارید |  |  |  |  |  |
| 10 | تا چه اندازه با مفاهیم و اصول اعتباربخشی آشنایی دارید |  |  |  |  |  |
| 11 | تا چه اندازه با اجرای حاکمیت بالینی در بیمارستانهای کشور/ استان موافق هستید |  |  |  |  |  |
| 12 | تا چه اندازه با اجرای اعتباربخشی در بیمارستانهای کشور/ استان موافق هستید. |  |  |  |  |  |
| 13 | بنظر شما حاکمیت بالینی تا چه اندازه می تواند در بهبود خدمات بیمارستان شما موثر باشد |  |  |  |  |  |
| 14 | بنظر شما اعتباربخشی تا چه اندازه می تواند در بهبود خدمات بیمارستان شما موثر باشد |  |  |  |  |  |
| 15 | آیا در بیمارستان شما منابع و زیر ساخت های لازم برای اجرای حاکمیت بالینی موجود می باشد. |  |  |  |  |  |
| 16 | آیا در بیمارستان شما منابع و زیر ساخت های لازم برای اجرای اعتباربخشی موجود می باشد. |  |  |  |  |  |
| 17 | آیا کارکنان بیمارستان شما آشنایی و آموزش های کافی در زمینه حاکمیت بالینی را کسب کردند |  |  |  |  |  |
| 18 | آیا کارکنان بیمارستان شما آشنایی و آموزش های کافی در زمینه اعتباربخشی را کسب کردند |  |  |  |  |  |
| 19 | مدیران و مسئولین بیمارستان شما تا چه اندازه به اجرای حاکمیت بالینی اهمیت می دهند |  |  |  |  |  |
| 20 | مدیران و مسئولین بیمارستان شما تا چه اندازه به اجرای اعتباربخشی اهمیت می دهند |  |  |  |  |  |
| 21 | توانمندی و میزان آمادگی کارکنان و مدیران بیمارستان شما جهت اجرای موفق حاکمیت بالینی |  |  |  |  |  |
| 22 | توانمندی و میزان آمادگی کارکنان و مدیران بیمارستان شما جهت اجرای موفق اعتباربخشی |  |  |  |  |  |
| 23 | حاکمیت بالینی تا چه اندازه می تواند در افزایش رضایت کارکنان و بیماران نقش داشته باشد |  |  |  |  |  |
| 24 | اعتباربخشی تا چه اندازه می تواند در افزایش رضایت کارکنان و بیماران نقش داشته باشد |  |  |  |  |  |

\***عمده ترین موانع و مشکلات جهت جمع آوری و گزارش شاخص های عملکردی بیمارستانی در بیمارستان شما کدام اند؟. ( به ترتیب اولویت):**

**1-**

**2-**

**3-**

**4-**

\***عمده ترین موانع و مشکلات جهت اجرای موفق حاکمیت بالینی در بیمارستان شما کدام اند؟. ( به ترتیب اولویت):**

**1-**

**2-**

**3-**

**4-**

\***عمده ترین موانع و مشکلات احتمالی جهت اجرای موفق اعتباربخشی در بیمارستان شما کدام اند؟. ( به ترتیب اولویت):**

**1-**

**2-**

**3-**

**4-**

**پیشنهادات شما برای بر طرف نمودن این موانع و مشکلات چیست؟:**

راهنمای تکمیل فرمهای شاخص های عملکردی بیمارستان :

شاخصهای اول از مطالعات انجام گرفته در دنیا جمع آوری شده است، ابتدا در ستون " پیشنهاد شما" پیشنهادات خویش را در مورد اصلاح عنوان و نحوه محاسبه خواهید نوشت. در دو ستون بعدی بر اساس اهمیت ( مهم و تاثیر گذار بودن شاخص) و قابلیت اجرایی ( امکان پذیری اندازه گیری صحیح، قابل اعتماد و سهولت در جمع آوری اطلاعات برای این شاخص) نمره ای از 1 تا9 به هر شاخص اختصاص خواهید داد. در ستون بعدی اشاره خواهید کرد که آیا اطلاعات این شاخص در بیمارستان شما جمع آوری و یا اندازه گیری می شود یا نه؟ سپس پیشنهادات خود را در راستای نحوه و منبع جمع آوری اطلاعات مورد نیاز برای اندازه گیری این شاخص را خواهید داد. و در ستون آخر سطح جمع آوری این شاخص را انتخاب خواهید کرد در این قسمت ممکن است بیش از یک گزینه را انتخاب کنید.

در ردیف هاي خالی، شما بر اساس تجربیات و دانش خود در این حیطه شاخص تعریف و مراحل مشابه در شاخص های بالا را برای آنها نیز تکمیل خواهید کرد.

مواردی که در بیمارستان شما وجود ندارد را با علامت \* مشخص کنید و جواب ندهید

\*بعد از تکمیل پرسشنامه و فرم ها، فایل الکترونیکی را حداکثر تا 10/5/91 به آدرس ایمیل زیر بفرستیدs.azami.a90@gmail.com





**شاخص های عملکردی ارزیابی بیمارستان ها**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **عنوان شاخص** | **نحوه محاسبه** | **پیشنهاد اصلاحی شما** | **اهمیت ( نمره از 9)** | **قابلیت اجرایی ( نمره از 9)** | **آیا در بیمارستان شما جمع آوری می شود؟ پیشنهاد شما جهت منبع و نحوه جمع آوری اطلاعات در بیمارستان شما** | **سطح ارزیابی** |
| **عوارض بیهوشی** | **تعداد عوارض یا حوادث ناگوار در اثر بیهوشی \ تعداد بیهوشی ها در ماه** |  |  |  |  | دانشگاه بیمار    بیمارستان همراهان  بخش |
| **هماتوم يا خونريزي بعد از جراحي** | **تعداد خونریزی ها بعد از اعمال جراحی \ تعداد جراحی ها در سال** |  |  |  |  | دانشگاه بیمار    بیمارستان همراهان  بخش |
| **عفونت ناشی از اعمال جراحی** | **تعداد عفونت های ناشی از اعمال جراحی \ تعداد جراحی ها** |  |  |  |  | دانشگاه بیمار    بیمارستان همراهان  بخش |
| **انجام واکسیناسیون هپاتیت B جهت پرسنل درمانی** | **تعداد موارد واکسیناسیون کامل/ تعداد کل کارکنان درمانی** |  |  |  |  | دانشگاه بیمار    بیمارستان همراهان  بخش |
| **سیستم تهویه هوا در اتاق ها** | **تعداد سیستم های تهویه \ تعداد اتاق ها** |  |  |  |  | دانشگاه بیمار    بیمارستان همراهان  بخش |
| **شستشوی دست ها قبل و بعد از مراقبت از بیمار در ICU** | **تعداد دفعات شستشوی دست ها قبل از مراقبت در ICU / تعداد دفعات مراقبت در ICU دریک شیفت کاری** |  |  |  |  | دانشگاه بیمار    بیمارستان همراهان  بخش |
| **درصد كاركنان در معرض اشعه** | **تعداد كاركنان در معرض اشعه\ تعداد كل كاركنان × 100** |  |  |  |  | دانشگاه بیمار    بیمارستان همراهان  بخش |
| **مواد سمی ، شیمیایی و سایر محلول های خطرناک** | **تعداد موارد آسیب های ناشی از مواد سمی ، شیمیایی و سایر محلول های خطرناک در کارکنان آزمایشگاه \ کل ساعات کارکارکنان آزمایشگاه در یک شیفت در ماه** |  |  |  |  | دانشگاه بیمار    بیمارستان همراهان  بخش |
| **زمان خواب** | **مدت زمان خواب دستگاهها \ کل زمان کارکرد دستگاهها در ماه** |  |  |  |  | دانشگاه بیمار    بیمارستان همراهان  بخش |
| **اقدامات نگهداری پیشگیرانه** | **تعداد برنامه های اقدامات پیشگیرانه و نگهدارانه انجام گرفته در ساختمان ها در مدت یک سال** |  |  |  |  | دانشگاه بیمار    بیمارستان همراهان  بخش |
| **کشندگی در کودکان** | **تعداد کل موارد مرگ در کودکان \ تعداد بستری ها ی کودکان** |  |  |  |  | دانشگاه بیمار    بیمارستان همراهان  بخش |
| **ترخیص بین ساعت 6 بعد از ظهر تا 6 صبح** | **تعداد کل ترخیص ها بین ساعات 6 بعد از ظهر تا 6 صبح از ICU\ تعداد کل ترخیص ها از ICU در ماه** |  |  |  |  | دانشگاه بیمار    بیمارستان همراهان  بخش |
| **حوادث ناگوار حین و بعد از زایمان** | **تعداد کل حوادث ناگوار در حین و بعد از ایمان \ تعداد کل زایمان های انجام شده در ماه** |  |  |  |  | دانشگاه بیمار    بیمارستان همراهان  بخش |
| **موارد بازگشت غیر برنامه ریزی شده به اتاق عمل** | **تعداد موارد بازگشت غیر برنامه ریزی شده به اتاق عمل \ به تعداد کل جراحی های در ماه** |  |  |  |  | دانشگاه بیمار    بیمارستان همراهان  بخش |
| **ایمن سازی** | **تعداد کل کودکان پذیرش شده بدون ایمنی که برای ایمن سازی آنها اقداماتی صورت گرفته \ تعداد کل کودکان پذیرش شده** |  |  |  |  | دانشگاه بیمار    بیمارستان همراهان  بخش |
| **گزارش با تاخیر بیش از 24 ساعت** | **تعداد کل رادیولوژی هایی که نتایج آنها در 24 ساعت به پزشک درخواست کننده نرسیده \ تعداد کل رادیولوژی های انجام گرفته در هفته** |  |  |  |  | دانشگاه بیمار    بیمارستان همراهان  بخش |
| **عوارض ماده کنتراست وریدی** | **تعدا د کل مواردی که در آنها استفاده از ماده کنتراست با عوارض همراه بوده \ تعداد کل موارد استفاده از ماده کنتراست** |  |  |  |  | دانشگاه بیمار    بیمارستان همراهان  بخش |
| **انجام مجدد عمل جراحی بای پس کرونر بعد از 6 ماه** | **تعداد کل بیمارانی که 6 ماه بعد از ترخیص با عمل بای پس کرونر عمل جراحی مجدد بای پس کرونر انجام دادند\ تعداد کل ترخیص ها با انجام عمل بای پس کرونر** |  |  |  |  | دانشگاه بیمار    بیمارستان همراهان  بخش |
| **bed side** | **تعداد اکوی bed side \ تعداد کل موارد اکو** |  |  |  |  | دانشگاه بیمار    بیمارستان همراهان  بخش |
| **عنوان شاخص** | **نحوه محاسبه** | **پیشنهاد اصلاحی شما** | **اهمیت ( نمره از 9)** | **قابلیت اجرایی ( نمره از 9)** | **آیا در بیمارستان شما جمع آوری می شود؟ پیشنهاد شما جهت نحوه جمع آوری اطلاعات در بیمارستان شما** | **سطح ارزیابی** |
|  |  |  |  |  |  | دانشگاه بیمار    بیمارستان همراهان  بخش |
|  |  |  |  |  |  | دانشگاه بیمار    بیمارستان همراهان  بخش |
|  |  |  |  |  |  | دانشگاه بیمار    بیمارستان همراهان  بخش |
|  |  |  |  |  |  | دانشگاه بیمار    بیمارستان همراهان  بخش |
|  |  |  |  |  |  | دانشگاه بیمار    بیمارستان همراهان  بخش |
|  |  |  |  |  |  | دانشگاه بیمار    بیمارستان همراهان  بخش |
|  |  |  |  |  |  | دانشگاه بیمار    بیمارستان همراهان  بخش |
|  |  |  |  |  |  | دانشاه بیمار    بیمارستان همراهان  بخش |
|  |  |  |  |  |  | دانشگاه بیمار    بیمارستان همراهان  بخش |
|  |  |  |  |  |  | دانشگاه بیمار    بیمارستان همراهان  بخش |
|  |  |  |  |  |  | دانشگاه بیمار    بیمارستان همراهان  بخش |
|  |  |  |  |  |  | دانشگاه بیمار    بیمارستان همراهان  بخش |
|  |  |  |  |  |  | دانشگاه بیمار    بیمارستان همراهان  بخش |

**در صورت تمایل به همکاری در این طرح مشخصات خود را بنویسید: نام و نام خانوادگی : شماره تماس : ایمیل : محل کار**: