وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

معاونت توسعه مدیریت و منابع

معاونت درمان

معاونت توسعه مدیریت، منابع و برنامه ریزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معتمد

موسسه عالی توسعه و تربیت مدیران نظام سلامت ایران





دوره توان افزایی ارزیابان کشوری اعتباربخشی دانشگاه های علوم پزشکی کشور

مراقبت های حاد و اورژانس

کامران محمدنیا

مهرماه ۱۴۰۵

موسسه عالی توسعه و تربیت مدیران نظام سلامت ایران(معتمد)

سوابق تسهیلگر



کامران محمدنیا

- **سوابق علمی**

دکتری مدیریت با گرایش خط مشی گذاری و تصمیم سازی

دوره TOT وزارت بهداشت و سازمان WHO مدیریت بیمارستانی

کارشناسی ارشد مراقبت های ویژه

کارشناسی پرستاری

- **سوابق اجرایی**

مدیر درمان دانشگاه علوم پزشکی بابل از سال ۱۴۰۴ تا کنون

ارزیاب وزارت بهداشت در اعتبار بخشی از سال ۱۳۹۶

هدف اصلی



- آشنایی ارزیابان کشوری اعتبار بخشی با فرایند

ارزیابی زیر محور مراقبت حاد و اورژانس



اهداف اختصاصی

- هدف 1: آشنایی با تغییرات نسبت به ویرایش پنجم (چه چیزی حذف، اضافه یا ادغام شده؟)
- هدف 2:نکات کلیدی برای ارزیابی هر سنجه (ارزیاب به چه چیزی توجه کند؟)
- هدف 3:شواهدی که باید جستجو شود (چه مدارکی را مطالبه کنیم؟)

ب-۲-۱ بیمارستان از ارائه ی مراقبت های ویژه به بیماران اطمینان حاصل می نماید





*ب-۲-۱-۱ /☑☐☐/۲

استفاده از ظرفیت تخت های ویژه برای اعمال جراحی غیراورژانسی مانع از دسترسی بیماران حاد در انتظار بستری در بخش های ویژه نمی شود.

- اولویت پذیرش بیماران حاد در انتظار بستری در بخش های ویژه نسبت به بیماران نیازمند به جراحی های غیراورژانسی

وجود برنامه مشخص برای استفاده از تخت های ویژه برای اعمال جراحی غیراورژانسی بدون اخلال در ارائه ی خدمات به بیماران در انتظار بستری بخش های ویژه

پیام های کلیدی

اولویت پذیرش: بیماران حاد در انتظار بستری در بخش‌های ویژه باید نسبت به بیماران نیازمند به جراحی‌های غیر اورژانسی اولویت داشته باشند.

برنامه مشخص: باید برنامه مشخصی برای استفاده از تخت‌های ویژه برای اعمال جراحی غیر اورژانسی بدون مخدوش نمودن ارائه خدمات به بیماران حاد وجود داشته باشد.

نکته مهم: استفاده از ظرفیت تخت‌های ویژه برای انجام جراحی غیر اورژانسی، منعی ندارد اما نباید مانع پذیرش بیماران بدحال از اورژانس شود.

شواهدی که باید جستجو شود:

برنامه مدون استفاده از تخت‌های ویژه برای جراحی‌های غیر اورژانسی

بررسی اولویت‌بندی پذیرش بیماران حاد در بخش‌های ویژه

بررسی عدم ممانعت از پذیرش بیماران بدحال اورژانس

ب-۲-۱ بیمارستان از ارائه ی مراقبت های ویژه به بیماران اطمینان حاصل می نماید



ب-۲-۱-۲ /☑☐☐/۲*

انتقال ایمن بیماران حاد از اورژانس/ بخش ها به بخش های ویژه/ پاراکلینیک و برعکس برنامه ریزی شده و بر اساس آن عمل می شود.

در ویرایش ششم، جزئیات بیشتر برای ارزیابی بیماران قبل از انتقال توسط متخصص مربوط و همراه داشتن مانیتورینگ، اکسیژن و وسایل کمک تنفسی ذکر شده است

پیام های کلیدی

انتقال بیمار یک جابه‌جایی ساده نیست، بلکه فرآیندی تخصصی و متناسب با شرایط بالینی بیمار است که باید با تعیین تجهیزات و نیروی همراه توسط پزشک مسئول، همراه با پایش علائم حیاتی، تأمین اکسیژن و وسایل کمک‌تنفسی، انتخاب زمان مناسب و تحویل ایمن و مستند بیمار انجام شود.

ارزیابی قبل از انتقال: بیماران در انتظار بستری در بخش‌های ویژه باید قبل از انتقال توسط متخصص مربوط ارزیابی شوند.

انتقال ایمن: انتقال بیماران حاد از اورژانس و سایر بخش‌ها به بخش‌های ویژه باید مطابق دستورالعمل و به صورت ایمن انجام شود.

حداقل نکات مورد توجه: همراه داشتن مانیتورینگ (فشارسنج و پالس اکسیمتر پرتابل)، اکسیژن و وسایل کمک تنفسی با توجه به شرایط بیمار، حضور پرستار برای تحویل، چک پرونده و انتقال بیمار.

شواهدی که باید جستجو شود:

دستورالعمل انتقال ایمن بیماران حاد به بخش‌های ویژه

نمونه فرم‌های ارزیابی قبل از انتقال

بررسی همراه داشتن تجهیزات مانیتورینگ و اکسیژن در حین انتقال

بررسی حضور پرستار همراه در انتقال

ب-۲-۱ بیمارستان از ارائه ی مراقبت های ویژه به بیماران اطمینان حاصل می نماید





*ب-۲-۱-۳ /☑☐☐/ ۱.۵

مراقبت های فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد برنامه ریزی شده و بر اساس آن عمل می شود

در ویرایش ششم، جزئیات بیشتر برای پارامترهای مانیتورینگ (فشار خون سیستولیک، دیاستولیک، فشار خون متوسط شریانی، ضربان قلب، تعداد تنفس، درجه حرارت، پالس اکسی متری) ذکر شده است.

- افزوده شده: تأکید بر مراقبت‌های تکاملی نوزادان و هم‌آغوشی مادر و نوزاد در بخش‌های ویژه نوزادان

پیام های کلیدی

در مراقبت از بیماران حاد و ویژه، پایش فیزیولوژیک و مانیتورینگ مستمر، مبنای شناسایی به‌موقع تغییرات وضعیت بیمار و مداخله سریع و متناسب است؛ بنابراین، بیمار باید بر اساس سطح مراقبت و وضعیت بالینی، با پایش پارامترهای حیاتی و تنظیم حدود هشدار متناسب، به‌صورت مستمر تحت مراقبت قرار گیرد و نتایج این پایش در ارزیابی کیفیت مراقبت و پیامدهای بیماران نیز مورد استفاده قرار گیرد.

شواهدی که باید جستجو شود:

خط‌مشی و روش مراقبت‌های فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم

نمونه فرم‌های ثبت پارامترهای مانیتورینگ

گزارش پایش شاخص‌های عملکردی (نرخ مورتالیتی)

مستندات مراقبت‌های تکاملی نوزادان و هم‌آغوشی

گزارش معاینه چشم نوزادان

ب-۲-۱ بیمارستان از ارائه ی مراقبت های ویژه به بیماران اطمینان حاصل می نماید



ب-۲-۱-۴ /☑☐☐/۱

جایگاه رهبری بالینی بیماران در بخش های ویژه تعریف شده است و بر اساس آن عمل می شود.

- تدوین خط مشی و روش اجرایی « جایگاه رهبری بالینی بیماران در بخش های ویژه » با مشارکت صاحبان فرایند
- آگاهی و عملکرد کارکنان مرتبط با خط مشی و روش اجرایی تدوین شده
- حصول اطمینان از عملکرد بیمارستان بر اساس خط مشی و روش اجرایی مربوطه

پیام های کلیدی

تعیین مسئولیت: با توجه به حضور متخصص مراقبت‌های ویژه مقیم، شرایط بیمار، و نظر پزشک معالج برنامه‌ریزی می‌شود.

در بخش‌هایی که متخصص مراقبت‌های ویژه مقیم دارد: رهبری بالینی غالباً به عهده ایشان بوده و هدایت بالینی با روش بسته برنامه‌ریزی و انجام می‌شود. لذا مدیریت مشاوره‌ها و اقدامات تشخیصی و درمانی بیماران با اطلاع پزشک معالج اما توسط متخصص مراقبت‌های ویژه مقیم انجام می‌شود.

در صورت صلاحدید پزشک معالج و یا عدم حضور متخصص مراقبت‌های ویژه مقیم: هدایت بالینی با شیوه نیمه‌بسته خواهد بود. تداوم رهبری بالینی توسط پزشک معالج مشروط به حداقل ویزیت روزانه و محوریت او و با هماهنگی متخصص مراقبت‌های ویژه است.

در صورت حضور متخصص بیهوشی مقیم: رهبری بالینی به صورت نیمه‌بسته خواهد بود و با همفکری و حضور مستمر و روزانه پزشک معالج و هماهنگی و مشورت با متخصص بیهوشی مقیم برنامه‌ریزی می‌شود.

رهبری بالینی در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان: در بالاترین سطح کیفی بر عهده فوق تخصص نوزادان و با شیوه بسته است.

شواهدی که باید جستجو شود:

مستندات تعریف جایگاه رهبری بالینی در بخش‌های ویژه

برنامه ویزیت‌های روزانه (سه نوبت صبح، عصر و شب)

نمونه فرم‌های ثبت ویزیت و راند بیماران

مستندات حضور متخصص مراقبت‌های ویژه مقیم

مستندات بازنگری مستمر برنامه مراقبت و درمان

در بخش ویژه نوزادان: مستندات حضور فوق تخصص نوزادان و رهبری بالینی به شیوه بسته

ب-۲-۱ بیمارستان از ارائه ی مراقبت های ویژه به بیماران اطمینان حاصل می نماید



*ب-۲-۱-۵ /☑☐☐/ ۲

شناسایی و ارائه مراقبت های فوری به بیماران حاد و اورژانسی برنامه ریزی شده و بر اساس آن عمل می شود.

در ویرایش ششم، جزئیات بیشتر برای روش اجرایی «شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران حاد و اورژانسی در بخش‌های بستری» ذکر شده است.

- افزوده شده: تأکید بر ۱۱ حداقل مورد انتظار در روش اجرایی، شامل شناسایی بیماران با احتمال وخامت، کسب اطمینان از مهارت پرستاران، نحوه رصد وخامت، سازوکار اطلاع‌رسانی فوری، نحوه ارائه مراقبت‌های مستقیم، نحوه استقرار بیماران بدحال، شیوه‌های کسب آگاهی مستمر، انتقال به بخش‌های ویژه، شرایط استفاده از مانیتورینگ، نحوه فراخوان بدون تأخیر پزشکان، و نحوه ارزیابی اثربخش

پیام های کلیدی

محور اصلی این سنجه، ایجاد یک نظام پاسخ‌گویی سریع، منسجم و شبانه‌روزی برای بیماران حاد و اورژانسی است؛ نظامی که با شناسایی زودهنگام علائم خطر، پایش مستمر، مداخله به‌موقع و انتقال ایمن، از تأخیر در درمان و بروز پیامدهای ناخواسته پیشگیری می‌کند.

ب-۲-۱ بیمارستان از ارائه ی مراقبت های ویژه به بیماران اطمینان حاصل می نماید

*ب-۲-۱-۶ /☑☑☐/ ۲

مراقبت و درمان بیماران در انتظار انتقال به بخش های ویژه با شرایط مشابه با بیماران بستری در بخشهای ویژه ارائه می شود.



در ویرایش ششم، جزئیات بیشتر برای تأمین تجهیزات، استفاده از پرستار آموزش‌دیده، و ارائه مراقبت مشابه بخش ویژه ذکر شده است.

- افزوده شده: تأکید بر ۵ نکته حداقلی شامل رعایت اصول بیان‌شده در سنجه‌های بیماران حاد، نوع مراقبت‌های پرستاری، ارزیابی و مراقبت‌های بالینی با تجهیزات مشابه، ویزیت بیماران توسط پزشک ذی‌صلاح، و استقرار بیماران در اتاق‌های در معرض دید مستقیم ایستگاه پرستاری

پیام های کلیدی

کمبود تخت ICU نباید موجب کاهش سطح مراقبت شود؛ بیمار تا زمان انتقال باید با پایش مستمر، نیروی آموزش‌دیده، تجهیزات مناسب و ویزیت منظم پزشک، مراقبتی متناسب با نیازهای مراقبت ویژه دریافت کند

شواهدی که باید جستجو شود:

سیاست و روش مدون بیمارستان در زمینه ارائه مراقبت به بیماران در انتظار انتقال به بخش‌های ویژه

مستندات تأمین تجهیزات و ملزومات موردنیاز

مستندات استفاده از پرستار آموزش‌دیده بخش‌های ویژه

نمونه فرم‌های ارزیابی و مراقبت‌های بالینی مشابه بخش ویژه

مستندات ویزیت بیماران توسط پزشک ذی‌صلاح

بررسی استقرار بیماران در اتاق‌های در معرض دید مستقیم ایستگاه پرستاری

مستندات رعایت اصول کنترل عفونت و جداسازی

بررسی عدم نگهداری طولانی‌مدت بیماران در اورژانس

ب-۲-۱ بیمارستان از ارائه ی مراقبت های ویژه به بیماران اطمینان حاصل می نماید

ب-۲-۱-۷ /☑☑☐/ ۲

تأمین امکانات تشخیصی و درمانی قابل ارائه بر بالین بیماران حاد به نحوی است که ضرورتی برای انتقال بیمار به خارج از بخش نیست.

افزوده شده: تأکید بر استفاده از تجهیزات مناسب و قابل حمل و ممانعت از جابه‌جایی بیماران.

افزوده شده: تأکید بر استفاده از مشاوره نفرولوژیست/ متخصص مراقبت‌های ویژه/ متخصص داخلی آموزش‌دیده و حضور پرستار آموزش‌دیده برای ارائه خدمت همودیالیز در بخش ویژه در زمان دیالیز



پیام های کلیدی

شواهدی که باید جستجو شود:

مستندات امکان ارائه خدمات رادیوگرافی بر بالین بیماران در بخش‌های ویژه

مستندات امکان ارائه خدمات سونوگرافی بر بالین بیماران در بخش‌های ویژه

مستندات امکان ارائه خدمات اکوکاردیوگرافی بر بالین بیماران در بخش‌های ویژه

مستندات امکان انجام دیالیز بر بالین بیماران در بخش‌های ویژه

مستندات امکان ارائه خدمات توان‌بخشی بر بالین بیماران در بخش‌های ویژه

بررسی وجود دستگاه‌های همودیالیز و سایر تجهیزات تشخیصی اختصاصی (بر اساس تعداد تخت)

بررسی استفاده از تجهیزات مناسب و قابل حمG

ب-۲-۲ تریاژ و هدایت بیماران در اورژانس برنامه ریزی و مدیریت می شود



*ب-۲-۲-۱ /☑☐☐/ ۱.۵

تریاژ بیماران مراجعه کننده به اورژانس با رعایت ضوابط مربوط، به صورت تسهیل شده برنامه ریزی و انجام می شود.

ب-۲-۲-۲ /☑☐☐/ ۲

فرایندهای اورژانس از تریاژ تا تعیین تکلیف به نحوی برنامه ریزی شده که اختلال/ تأخیر در روند تشخیص و درمان بیماران مشاهده نمی شود.

پیام های کلیدی

تریاژ در اورژانس صرفاً تعیین سطح بیمار نیست؛ بلکه یک فرآیند سریع و مستمر برای شناسایی بیماران پرخطر، هدایت فوری بیماران سطوح ۱ و ۲ به محل مناسب و تعیین مسیر ادامه مراقبت سایر بیماران است. پس از تریاژ، بیمار باید بر اساس سطح تعیین‌شده، با حداقل زمان انتظار و مطابق دستورالعمل ابلاغی، توسط پزشک ارزیابی و ویزیت شود و فرآیند مشاوره‌های تخصصی نیز در زمان مقرر و با حضور پزشک بر بالین بیمار انجام گیرد.

شواهدی که باید جستجو شود:

بازدید میدانی از واحد تریاژ و بررسی ساختار فیزیکی

بررسی تجهیزات تریاژ

مستندات حضور پرستار تریاژ و شرایط احراز

نمونه فرم‌های تریاژ تکمیل‌شده

مستندات آموزش‌های پرستاران تریاژ

بررسی تریاژ دوالیه در اورژانس‌های پر ازدحام

بررسی فرایند تریاژ مجد

ب-۲-۲ تریاژ و هدایت بیماران در اورژانس برنامه ریزی و مدیریت می شود



ب-۲-۲-۳ /☑☐☐/ ۱

نحوه پذیرش و پرداخت هزینه ها در بخش اورژانس هیچگونه اختلال/ تأخیر در روند تشخیص و درمان بیماران بدحال ایجاد نمی نماید.

- آگاهی و عملکرد مطلوب کارکنان در خصوص پذیرش بدون قید و شرط بیماران بدحال
- عدم تأخیر در آغاز روند مراقبت های پزشکی بیماران بدحال به علت طولانی شدن روندهای پذیرش و پرداخت هزینه
- عدم ارجاع بیماران نیازمند بستری/ اقدامات تحت نظر به روندهای پذیرش، مالی و پاراکلینیک مانند آزمایشگاه/ تصویربرداری / داروخانه و سایر
- وجود واحد پذیرش و صندوق مالی در بخش اورژانس یا نزدیکترین مکان مناسب به اورژانس
- انجام پذیرش تسریع و تسهیل شده و دسترسی به سوابق بالینی بیماران در همان مرکز در پذیرش بخش اورژانس

پیام های کلیدی

پذیرش بیمار در اورژانس باید بدون قید و شرط و مطابق دستورالعمل‌های ابلاغی انجام شود؛ پس از ارائه اقدامات اولیه و توضیحات لازم به بیمار یا همراه، در صورت نیاز به سطح بالاتری از مراقبت، انتقال بیمار با هماهنگی ستاد هدایت و بر اساس ظرفیت، امکانات و پوشش بیمه‌ای مرکز مقصد، به‌صورت نظام‌مند و ایمن انجام می‌گیرد.

شواهدی که باید جستجو شود:

بررسی فرایند پذیرش بیماران بدحال

بررسی عدم تأخیر در آغاز روند مراقبت

بررسی وجود واحد پذیرش و صندوق مالی در اورژانس

بررسی دسترسی به سوابق بالینی بیماران

مستندات پذیرش بدون قید و شرط بیماران اورژانس

ب-۲-۲ تریاژ و هدایت بیماران در اورژانس برنامه ریزی و مدیریت می شود



ب-۲-۲-۴ /☑☑☑/ ۱

بیمارستان در اجرای برنامه ی کد ۳۵۰ مشارکت فعال و مؤثر دارد.

- وجود خط ویژه با پاسخگویی شبانه روزی برای ارتباط بین بیمارستان و اورژانس پیش بیمارستانی
- پیش بینی تمهیدات لازم برای نشست و برخاست ایمن بالگرد طبق دستورالعمل ابلاغی
- تعیین تیم کد ۳۵۰ توسط بیمارستان و آگاهی اعضای تیم از شرح وظایف خود
- نظارت بر عملکرد تیم کد ۳۵۰ و انجام اقدام اصلاحی

پیام های کلیدی

۱. ارتباط با اورژانس پیش‌بیمارستانی باید همواره برقرار و پاسخگو باشد؛ شماره تماس و نحوه ارتباط به‌صورت رسمی اعلام شده و مسئول مشخصی، یعنی سوپروایزر، پاسخگویی به خط اختصاصی را بر عهده دارد.

۲. تیم کد ۳۵۰ باید دارای مسئول مشخص، اعضای آموزش‌دیده و برنامه حضور مدون باشد و اجرای کامل وظایف اعضا تحت نظارت سوپروایزر مسئول تیم پایش شود.

۳. پد بالگرد بیمارستان باید با مجوز سازمان هواپیمایی کشوری، ارزیابی ایمنی و امنیتی، تأمین منابع و تجهیزات موردنیاز و متناسب با سطح پد راه‌اندازی و نگهداری شود.

۴. پد استاندارد، محلی است که بالگرد اورژانس حداقل ۳ بار در ماه در آن نشست و برخاست داشته باشد و می‌تواند در بیمارستان، مراکز درمانی، نقاط پرتردد، ورزشگاه‌ها یا محل‌های تجمعی ایجاد شود.

۵. الزامات ایمنی پد: ایمنی پد مستلزم رعایت الزامات سازه‌ای و محیطی، مسیر و علائم مشخص، تابلوهای هشدار، بادسنج، تجهیزات اطفای حریق، دوربین‌های نظارتی، روشنایی مناسب و در صورت نیاز اتاق ذخیره سوخت است.

ب-۲-۳-۱ /☑☐☐/ ۱

پزشک اورژانس در بخش اورژانس مستقر می باشد و در زمینه تعیین تکلیف بیماران مشارکت فعال و مؤثر دارد.

- وجود برنامه ماهیانه حضور پزشکان بخش اورژانس
- حضور بدون وقفه و شبانه روزی پزشکان اورژانس بر اساس برنامه تنظیم شده
- نقش فعال، محوری و مؤثر پزشکان اورژانس، در تشخیص و درمان بیماران بدحال



پیام های کلیدی

برنامه ماهیانه: حضور پزشک مقیم در بخش اورژانس.

حضور بدون وقفه و شبانه‌روزی: پزشکان مقیم اورژانس بر اساس برنامه و دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت.

انجام اولین ویزیت: بیماران توسط پزشک اورژانس.

نقش فعال: پزشکان مقیم اورژانس، محوری و مؤثر در تشخیص و درمان بیماران بدحال.

تخصص پزشکان مقیم اورژانس: مطابق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت، برنامه‌های پزشکان مقیم و آنکال بایستی مستقل از هم تدوین شوند. در تابلوی اطلاع‌رسانی اورژانس این دو برنامه در کنار هم نصب باشد.

نکته مهم: در بیمارستان‌های آموزشی درمانی ویزیت بیماران سطح یک، دو و سه در بخش اورژانس باید توسط پزشک متخصص یا حداقل دستیاران ارشد تحت نظارت استاد برنامه‌ریزی و انجام شود.

شواهدی که باید جستجو شود:

برنامه ماهیانه حضور پزشک مقیم اورژانس

بررسی حضور بدون وقفه پزشکان مقیم

نمونه فرم‌های ویزیت بیماران

بررسی تخصص پزشکان مقیم مطابق دستورالعمل

بررسی نصب برنامه‌های مقیم و آنکال در تابلوی اطلاع‌رسانی



ب-۲-۳-۲ /☑☑☐/ ۲

داروخانه، تصویربرداری، آزمایشگاه و بانک خون برای ارائه خدمات اورژانس در تمام ساعات شبانه روز فعالیت می نمایند.

- فعالیت واحد آزمایشگاه و ارائه ی خدمات در تمام ساعات شبانه روز
- فعالیت واحد بانک خون و ارائه ی خدمات در تمام ساعات شبانه روز
- فعالیت واحد تصویربرداری و ارائه ی خدمات در تمام ساعات شبانه روز
- فعالیت واحد داروخانه و ارائه ی خدمات در تمام ساعات شبانه روز

پیام های کلیدی

در اورژانس، دسترسی بیماران به خدمات تشخیصی و درمانی باید به‌صورت مستمر، ایمن و بدون وقفه تضمین شود؛ به‌گونه‌ای که با طراحی مناسب مسیرهای دسترسی، زمان‌بندی مشخص خدمات، پیش‌بینی ظرفیت جایگزین و نظارت کمیته ارتقای خدمات اورژانس، هیچ محدودیت اجرایی موجب اختلال در فرآیند تشخیص و درمان بیمار نشود.

شواهدی که باید جستجو شود:

بررسی فعالیت شبانه‌روزی واحدهای آزمایشگاه، بانک خون، تصویربرداری و داروخانه

بررسی دسترسی ایمن و آسان به این واحدها

مصوبات کمیته ارتقای خدمات اورژانس در خصوص زمان‌بندی خدمات

بررسی رعایت نکات ایمنی در مسیرهای دسترسی

بررسی روش‌های جایگزین در صورت عدم ارائه خدمات

ب-۲-۴-۱ /☑☐☐/ ۱.۵

بیماران اورژانس حداکثر ظرف شش ساعت تعیین تکلیف می شوند.

- تعیین تکلیف بیماران اورژانس با هدایت بالینی پزشک مقیم اورژانس و با مشارکت فعال و مؤثر پزشکان متخصص مقیم/ آنکال سرویس های تخصصی
- در صورت نیاز به تداوم مراقبت و درمان پس از تعیین تکلیف ادامه ی خدمات و هدایت بالینی با محوریت سرویس تخصصی مربوط
- تعیین تکلیف تمامی بیماران اورژانس حداکثر ظرف شش ساعت از زمان تریاژ



پیام های کلیدی

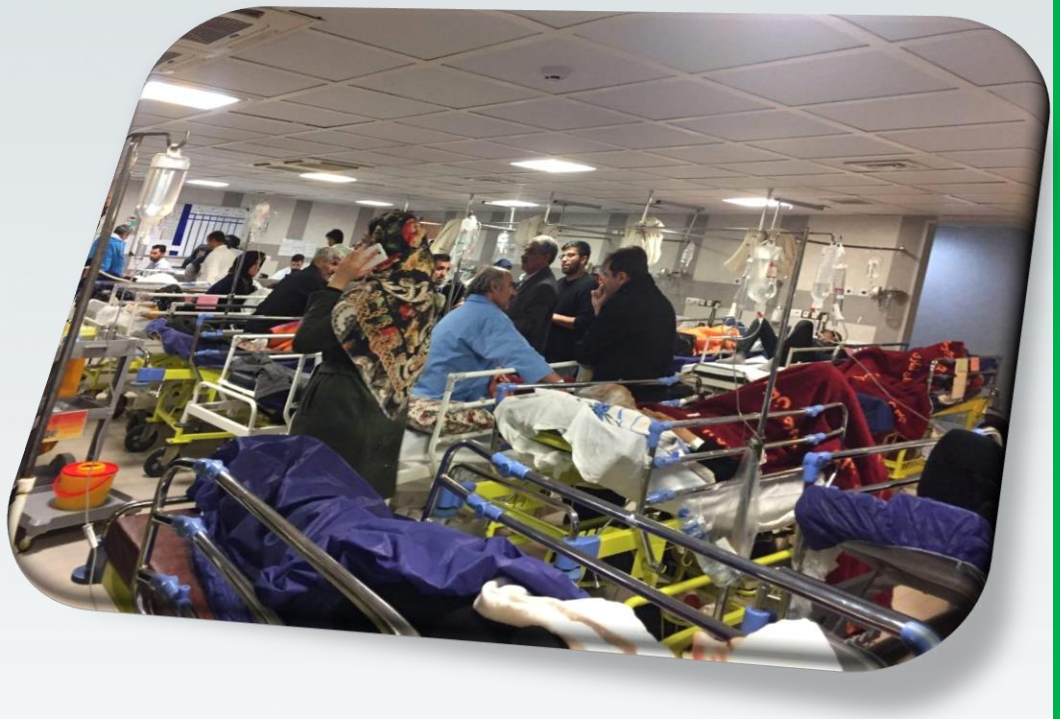
زمان تعیین تکلیف بیمار در اورژانس باید به‌صورت دقیق و قابل‌ردیابی، از زمان تریاژ تا ثبت نهایی وضعیت بیمار، پایش شود؛ به‌گونه‌ای که هرگونه تأخیر در تعیین تکلیف، به‌صورت سیستمی شناسایی و با تحلیل عوامل مؤثر، اقدامات اصلاحی و برنامه‌های بهبود توسط کمیته ارتقای خدمات اورژانس اجرا شود.

ب-۲-۴ تعیین تکلیف و انتقال بیماران از اورژانس به بخش های بستری در حداقل زمان برنامه ریزی و مدیریت می شود

ب-۲-۴-۲ /☑☑☐/ ۱.۵

پذیرش بیماران الکتیو در بخش های بستری مانع از انتقال بیماران بدحال از اورژانس به بخش های بستری نمی شود.

- اولویت مطلق انتقال و بستری بیماران بدحال از اورژانس در بخش های بستری با محوریت فرایند مدیریت تخت
- عدم استفاده از بخش اورژانس برای بستری نمودن بیماران الکتیو و غیراورژانسی در بخش های بستری تخصصی
- عدم تصرف/ مسدود نمودن تخت های بستری برای بیماران الکتیو و غیراورژانسی



پیام های کلیدی

بیمارستان باید تمامی ظرفیت تخت‌های بستری، اعم از بخش‌های عادی و ویژه، را در صورت نیاز برای انتقال و پذیرش بیماران واجد شرایط اورژانس در دسترس قرار دهد تا محدودیت ظرفیت، مانعی برای تداوم و به‌موقع بودن مراقبت از بیمار ایجاد نکند.

ب-۲-۴ تعیین تکلیف و انتقال بیماران از اورژانس به بخش های بستری در حداقل زمان برنامه ریزی و مدیریت می شود

ب-۲-۴-۳ /☑☐☐/ ۱

بیماران اورژانس که نیازمند تداوم مراقبت و درمان هستند حداکثر ظرف دوازده ساعت به بخش های بستری منتقل می شوند.



- تفویض اختیارات کامل به مدیر تخت در انتقال بیماران بدحال اورژانس به بخش های بستری
- خروج فیزیکی بیماران از بخش اورژانس و انتقال آنها به بخش های بستری عادی/ ویژه کمتر از ۱۲ ساعت
- مشارکت فعال و مؤثر سوپروایزر و مسئولان بخش های بستری با مدیر تخت، در انتقال بیماران اورژانس به بخش های بستری عادی یا ویژه، حداکثر ظرف ۱۲ ساعت
- عملکرد مناسب اتاق عمل در خصوص بیماران تعیین تکلیف شده و نیازمند به عمل جراحی اورژانس
- جلوگیری از ماندگاری بیماران تعیین تکلیف شده در اورژانس برای انجام مراقبت های تشخیصی و درمانی غیرضروری و غیراورژانسی پیش/ حین انتقال به بخش

پیام های کلیدی

این سنجه صرفاً اندازه‌گیری مدت زمان حضور بیمار در اورژانس نیست؛ بلکه هدف، تسریع در تعیین تکلیف بیمار، جلوگیری از اشغال غیرضروری ظرفیت اورژانس و انتقال بیمار به محل مناسب برای ادامه فرآیند درمان در کوتاه‌ترین زمان ممکن است.

۱۲ ساعت را نباید به‌عنوان زمان مجاز برای نگه‌داشتن بیمار در اورژانس تلقی کنیم؛ بلکه این زمان، یک سقف زمانی برای مدیریت فرآیند است و هر زمان که امکان انتقال بیمار به بخش فراهم باشد، انتقال باید بدون تأخیر انجام شود.





ب-۲-۴-۴ /☑☑☐/ ۱.۵

عملکرد اورژانس در حوزه های بالینی و غیربالینی به طور مستمر ارزیابی، روند ارائه خدمات از نظر مؤثر و به موقع بودن بازنگری و ارتقا می یابد.

- ارزیابی مستمر عملکرد اورژانس در حوزه های بالینی و غیربالینی بر اساس روش های مدون با محوریت کمیته ی ارتقای خدمات اورژانس بیمارستان
- عملکرد مؤثر کمیته ی ارتقای خدمات اورژانس بیمارستان در طراحی/ بازنگری/ بهبود فرایندها و شاخص های عملکردی اورژانس
- بهبود روند مراقبت های حاد و نجات دهنده در بخش اورژانس

پیام های کلیدی

عملکرد مطلوب اورژانس حاصل پایش مستمر و نظام‌مند شاخص‌های بالینی و غیربالینی، مدیریت بهینه جریان بیمار، کاهش زمان‌های انتظار، ارتقای ایمنی و کیفیت مراقبت، تأمین تجهیزات و نیروی انسانی مورد نیاز و در نهایت دستیابی به رضایتمندی بیماران و کارکنان است.





ب-۲-۴-۵ /☐☐☑/ ۱.۵

مدیریت ازدحام بیماران در اورژانس برنامه ریزی و انجام می شود.

- عدم وجود هرگونه ازدحام در اورژانس بر اساس ظرفیت های بالقوه بـ[illegible]مان
- مدیریت ازدحام اورژانس با استفاده از فرایندهای منظم و ارائه خدمات مراقبت و درمان بدون/ اختلال/ تأخیر/ تعلل
- تعیین تیم مدیریت تخت های بستری
- اعزام و انتقال صحیح و مطابق با دستورالعمل ابلاغی

پیام های کلیدی

مدیریت تخت در حقیقت مدیریت ظرفیت و جریان بیمار در سراسر بیمارستان است؛ از لحظه ورود و پذیرش بیمار، تعیین تکلیف و اختصاص تخت مناسب، تا بستری، ارائه خدمات تشخیصی و درمانی و در نهایت ترخیص. بنابراین هدف مدیریت تخت، صرفاً پیدا کردن یک تخت خالی نیست؛ بلکه ایجاد یک جریان منظم، ایمن، سریع و بدون وقفه برای بیمار و استفاده حداکثری از ظرفیت‌های موجود بیمارستان است.

در واقع، تخت خالی زمانی ارزشمند است که بتوانیم آن را در زمان مناسب، برای بیمار مناسب و در بخش مناسب به کار بگیریم؛ بنابراین مدیریت تخت، نقطه اتصال مدیریت منابع بیمارستان با کیفیت و ایمنی مراقبت از بیمار است.

ب-۲-۴-۶ /☑☑☐/ ۲

بیمارستان از اثربخش بودن عملکرد و تصمیمات کمیته ی ارتقای خدمات اورژانس اطمینان حاصل می نماید.



- نظارت و پایش اجرای دستورالعمل های ابلاغی و استانداردهای اعتباربخشی مرتبط
- تعیین و پایش شاخص های مرتبط با عملکرد بخش اورژانس
- اتخاذ راهکارهای اصلاحی با هدف بهبود شاخص های کیفی/کمی بخش اورژانس
- بررسی وضعیت تعیین تکلیف بیماران و عملکرد مدیر تخت های بیمارستان

پیام های کلیدی

اثربخشی کمیته ارتقای خدمات اورژانس زمانی محقق می‌شود که فعالیت کمیته از یک رویکرد صرفاً جلسه‌محور فاصله گرفته و به سمت یک رویکرد فرآیندمحور، داده‌محور و مسئله‌محور حرکت کند؛ به‌گونه‌ای که خروجی جلسات کمیته به تصمیمات اجرایی، اقدامات اصلاحی قابل پیگیری و در نهایت بهبود واقعی کیفیت و ایمنی خدمات اورژانسی منجر شود. کمیته ارتقای خدمات اورژانس باید حلقه اتصال میان شناسایی مشکل، تحلیل علت، تصمیم‌گیری، اقدام اصلاحی و ارزیابی اثربخشی باشد؛ یعنی هر مسئله‌ای که در فرآیند اورژانس شناسایی می‌شود، باید در نهایت به یک اقدام مشخص، مسئول مشخص، زمان‌بندی مشخص و نتیجه قابل اندازه‌گیری ختم شود.

* ب-۲-۵-۱ /☑☐☐/ ۲

ترالی احیا مطابق ضوابط مربوط در دسترس و تحت مدیریت است.

- چیدمان ترالی اورژانس در تمامی بخش ها/ واحدها بر اساس مصوبه ی کمیته ی درمان، دارو و تجهیزات پزشکی و منطبق بر آخرین نسخه ی ابلاغی وزارت متبوع
- دسترسی آسان، فوری و بدون مانع به ترالی احیا ظرف مدت یک دقیقه
- وجود ترالی احیای مجزا در اتاق احیا
- مدیریت و به روزرسانی مستمر ترالی اورژانس توسط پرستار مسئول در هر نوبت کاری
- استفاده از ترالی اورژانس توسط افراد تعیین شده و ذیصلاح با تشخیص بیمارستان
- در دسترس بودن ترالی اورژانس نوزاد در بخش های بلوک زایمان/ لیبر و سایر مکان ها مطابق با دستورالعمل کشوری





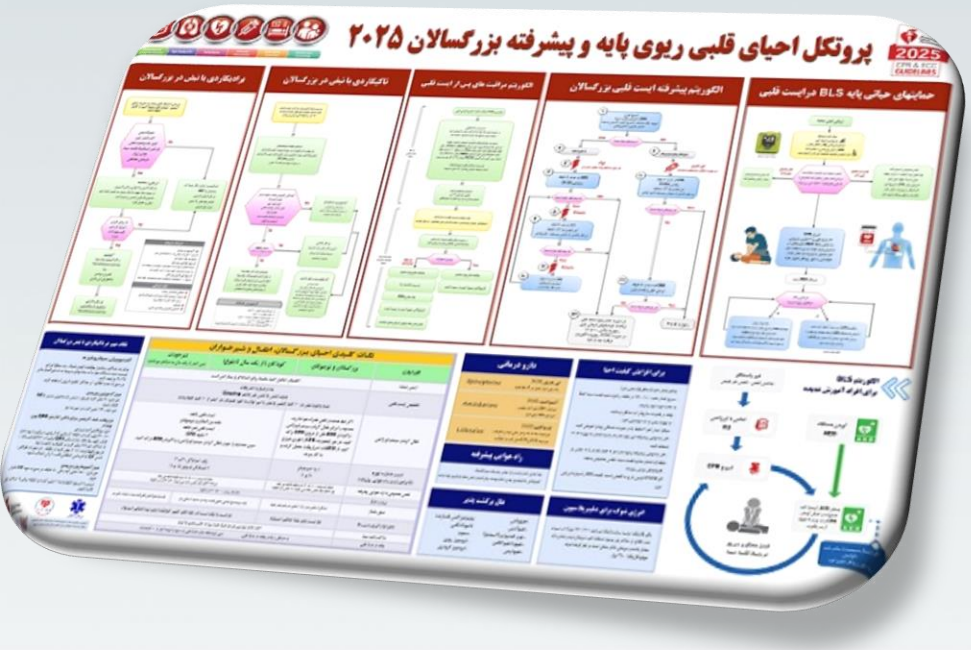
پیام های کلیدی

در موضوع احیا، صرفِ وجود تجهیزات کافی نیست؛ آنچه اهمیت اساسی دارد، آماده‌به‌کاری، کامل بودن، استقرار صحیح و دسترسی فوری به تجهیزات است؛ به نحوی که در شرایط بحرانی، هیچ‌گونه تأخیر ناشی از نبود یا دور بودن ترالی احیا از محل ارائه خدمت ایجاد نشود.

به بیان ساده، فلسفه استقرار ترالی احیا این است که در لحظه‌ای که ثانیه‌ها تعیین‌کننده‌اند، تیم درمان نباید برای یافتن تجهیزات زمان صرف کند؛ تجهیزات باید در محل مناسب، آماده استفاده و در کوتاه‌ترین زمان ممکن در دسترس باشند.»

❊ ب-۲-۵-۲ /☑☐☐/ ۲

گروه/ گروه های احیا در زمان اعلام کد بر اساس آخرین راهنما و گایدلاین های ابلاغی بلافاصله بر بالین بیمار حاضر می شوند.



- تعیین گروه/گروه های احیا متناسب با نوع کد، وسعت و دسترسی به بخش های مختلف بیمارستان با امکان حضور فوری بر بالین بیماران
- وجود برنامه ی استقرار گروه/گروه های احیا و سامانه های ارتباطی به منظور فراخوان و اعلام کد احیا در تمام ساعات شبانه روز
- سرپرستی گروه/گروه های احیا با سرپرستی پزشک دارای صلاحیت به عنوان رهبر گروه احیا
- نصب الگوریتم آخرین دستورالعمل های احیای قلبی ریوی مورد تأیید وزارت بهداشت متناسب با آخرین نسخه و مبتنی بر شواهد معتبر
- آگاهی و مهارت تیم احیای بزرگسالان، کودکان و نوزادان متناسب با آخرین نسخه ی مهارت تیم احیای بزرگسالان، کودکان و نوزادان

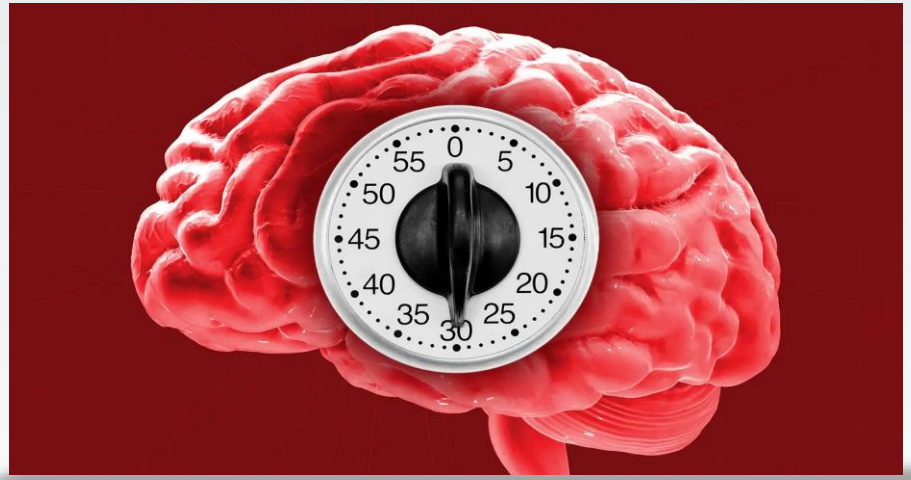
پیام های کلیدی

در فرآیند احیا، برخورداری از تجهیزات و نیروهای آموزش‌دیده شرط لازم است، اما شرط کافی نیست؛ بیمارستان زمانی از آمادگی واقعی برخوردار است که بتواند از لحظه اعلام کد احیا تا حضور تیم بر بالین بیمار، اجرای مداخلات تخصصی و ارزیابی اثربخشی عملکرد تیم، یک زنجیره منسجم، سریع، استاندارد و قابل پایش ایجاد نماید. فلسفه مدیریت تیم احیا این است که در شرایطی که ثانیه‌ها تعیین‌کننده‌اند، هیچ چیز نباید به شانس، فرد یا تصمیم لحظه‌ای وابسته باشد؛ اعضای تیم، مسئولیت‌ها، کدهای فراخوان، صلاحیت‌ها، زمان حضور و نحوه ارزیابی عملکرد باید از قبل مشخص، تمرین‌شده و قابل پایش باشند.»

* ب-۲-۶-۱ /☑☐☐/ ۲

شناسایی و تشخیص سکته ی حاد قلبی و مغزی در زمان طلایی برنامه ریزی شده و بر اساس آن عمل می شود.

- شناسایی و تشخیص سکته ی حاد قلبی در زمان طلایی
- شناسایی و تشخیص سکته ی حاد مغزی در زمان طلایی
- آموزش کارکنان مرتبط در خصوص شناسایی بیماران سکته ی حاد قلبی و مغزی به منظور حمایت و تسریع فرایندهای تریاژ و مراقبت و درمان فوری بیماران





پیام های کلیدی

هدف از این الزام، ایجاد یک زنجیره شناسایی و واکنش سریع در سراسر بیمارستان است؛ به‌گونه‌ای که اولین فردی که با بیمار مواجه می‌شود بتواند علائم هشداردهنده را شناسایی کرده و بدون تأخیر، فرآیند اطلاع‌رسانی، تشخیص، درمان یا اعزام را فعال نماید.

در سکته قلبی و مغزی، مسئولیت تشخیص و درمان صرفاً بر عهده پزشک و اورژانس نیست؛ بلکه کل بیمارستان باید به‌عنوان یک سیستم آماده‌باش عمل کند؛ از نگهبانی و پذیرش گرفته تا ترياژ، پرستاری، تصویربرداری و آزمایشگاه، هر حلقه باید نقش خود را بشناسد تا زمان طلایی بیمار از دست نرود.



❊ ب–۲–۶–۲ /☑☐☐/ ۲

اقدامات درمانی برای بیماران سکته ی حاد قلبی، در زمان طلایی طبق ضوابط و الزامات مربوط انجام می شود.

- اقدام بر اساس فرایند اعلا م کد سکته حاد قلبی در بیمارستان مطابق دستورالعمل مربوطه
- مشاوره آنی/ حضور متخصص قلب بر اساس آخرین دستورالعمل ابلاغی وزارت متبوع
- انتقال بیمار مشمول برنامه کد ۲۴۷ به کت لب/ تزریق ترومبولیتیک و یا پایدارسازی بیمار بر اساس آخرین دستورالعمل ابلاغی وزارت متبو ع
- اعزام بیمار بر اساس آخرین دستورالعمل ابلاغی وزارت متبو ع

پیام های کلیدی

در مدیریت سکته حاد قلبی، کیفیت خدمت فقط به انجام یک اقدام درمانی محدود نمی‌شود؛ بلکه بیمارستان باید یک زنجیره کامل و بدون گسست از شناسایی بیمار، تشخیص سریع، تصمیم‌گیری، انتخاب مسیر درمان، ارجاع به‌موقع، دریافت خدمت در مرکز مقصد، ثبت دقیق اطلاعات و در نهایت تحلیل پیامدهای درمان ایجاد نماید.

در واقع، مدیریت STEMIیک فرآیند زمان‌محور است؛ بنابراین بیمارستان باید از قبل بداند بیمار را چه زمانی، با چه مسیری، به کدام مرکز و با چه هماهنگی‌ای ارجاع دهد و پس از آن نیز با تحلیل مرگ‌ومیر و عوارض و اجرای اقدامات اصلاحی، چرخه بهبود مستمر این فرآیند را تکمیل کند.



❊ ب-۲-۶-۳ /☑□□/ ۲

اقدامات درمانی برای بیماران سکته حاد مغزی، در زمان طلایی طبق ضوابط و الزامات مربوط انجام می شود.

- اقدام بر اساس فرایند اعلام کد سکته ی حاد مغزی در بیمارستان مطابق دستورالعمل مربوطه
- اطمینان از آشنایی تمامی پرسنل مرتبط با نحوه ی اجرای آن
- مشاوره ی آنی و حضور متخصص نورولوژی بر اساس آخرین دستورالعمل آنکالی ابلاغی وزارت متبوع
- انجام سی تی اسکن فوری بیمار (با در نظر گرفتن پایداری شرایط بیمار) بدون هرگونه تعلل/ تأخیر
- در صورت فقدان دستگاه سی تی اسکن، پایدارسازی و اعزام بیمار بر اساس آخرین دستورالعمل ابلاغی وزارت متبوع
- انتقال بیمار مشمول برنامه کد ۷۲۴ پس از اقدامات فوری به بخش های SCU /ICU در بیمارستان های مشمول برنامه ۷۲۴

پیام های کلیدی

در مدیریت سکته حاد مغزی، اصل اساسی، ایجاد یک مسیر سریع و بدون گسست از لحظه شناسایی بیمار تا تشخیص، پایدارسازی، درمان، تصمیم‌گیری و در صورت نیاز اعزام به مرکز تخصصی است؛ بنابراین بیمارستان باید به‌گونه‌ای سازماندهی شده باشد که هیچ مرحله‌ای از این زنجیره به دلیل نبود برنامه، مشخص نبودن مقصد ارجاع یا تأخیر در تصمیم‌گیری دچار وقفه نشود.

به بیان مدیریتی، مدیریت سکته حاد مغزی فقط یک اقدام درمانی نیست؛ بلکه یک فرآیند بین‌بخشی و زمان‌محور است که از تریاژ آغاز می‌شود، با تشخیص و درمان ادامه پیدا می‌کند و با ارجاع به‌موقع، ثبت اطلاعات، بررسی پیامدها و اقدامات اصلاحی تکمیل می‌شود؛ و هدف نهایی آن، کاهش تأخیر، کاهش عوارض و ارتقای پیامد بیماران است.»

معاونت توسعه مدیریت، منابع و برنامه ریزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معتـــمد

موسسه عالی توسعه و تربیت مدیران نظام سلامت ایران

با تشکر از توجه شما!

آدرس: تهران-بلوار ایوانک شرقی- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی- بلوک C طبقه 13

تلفن: 021-81452883/021-81452878

وبسایت و شبکه‌های اجتماعی: https://zil.ink/hmdi

راه‌های ارتباطی معتمد