



## دفتر بهبود کیفیت

**مدیر بهبود کیفیت: نسترن مرادی - کارشناس ارشد پرستاری**

**مسئول کمیته های بیمارستانی: پروین تقی زاده - کارشناس ارشد پرستاری**

**مسئول حقوق گیرندگان خدمت: شادی خاک پور کرمانی - کارشناس ارشد پرستاری**

**مسئول شاخص های بیمارستان: طیبه صمصامی - کارشناس ارشد پرستاری**

**کارشناس بهبود کیفیت: مریم بتویی - کارشناس ارشد مدیریت استراتژیک**

### موقعیت:

دفتر بهبود کیفیت در سال ۱۳۸۸ تحت عنوان دفتر تعالی و حاکمیت بالینی فعالیت خود را آغاز نمود. این واحد برنامه بهبود کیفیت را در قالب اجرایی نمودن هفت محور حاکمیت بالینی، از سال ۸۹ به اجرا درآورد. از آذرماه سال ۹۱ علاوه بر اجرایی نمودن و پایش برنامه حاکمیت بالینی در راستای اجرایی نمودن استانداردهای اعتباربخشی با حضور ۳ نفر از کارشناسان مرکز تحت سرپرستی مدیر بهبود کیفیت به صورت رسمی شروع به کار نمود و در دی ماه سال ۹۱ موفق به دریافت تندیس لوح بیمارستان برتر از دبیرخانه جشنواره حاکمیت بالینی کشور گردید. در سالهای ۹۳ و ۹۵ موفق به اخذ گواهی درجه یک، در سال ۹۴ موفق به اخذ گواهی درجه یک مثبت و در سال ۹۶ اخذ درجه یک از وزارت بهداشت گردید. موقعیت مکانی دفتر بهبود کیفیت در سطح ۳ مرکز واقع شده است. کارشناسان بهبود کیفیت، مجری فعالیت های بهبود کیفیت و ارتقای ایمنی بیمار می باشند که در راستای نظام اعتباربخشی و حاکمیت بالینی بخش ها و واحدهای محوله را تحت کنترل نظارت قرار می دهند.

### مهمترین فعالیت های این واحد به شرح ذیل می باشد:

۱. هماهنگی و یکپارچه سازی فعالیت های بهبود کیفیت در کل بیمارستان
۲. اجرای سنجه های اعتباربخشی ابلاغی از سوی وزارتخانه
۳. همکاری با مدیریت ارشد در تدوین برنامه های استراتژیک و عملیاتی در راستای رسالت و اهداف کلان بیمارستان
۴. نظارت و هماهنگی در تدوین برنامه عملیاتی سالیانه جهت هماهنگی و یکپارچه سازی برنامه ها
۵. تصویب و ابلاغ بیانیه رسالت بیمارستان به بخشها و واحدهای مختلف بیمارستان
۶. راهنمایی و همکاری با کارکنان بخش های تحت مسئولیت خود جهت تدوین خط مشی ها، روش های اجرایی، دستورالعمل ها و برنامه های بهبود کیفیت
۷. تصویب و ابلاغ مجموعه دستورالعمل، روش اجرایی و خط مشی های بیمارستان

۸. تدوین برنامه بهبود کیفیت در خصوص موضوعات بالینی و غیربالینی در بازه زمانی هر شش ماه یکبار و همچنین شناسایی چالش ها و مشکلات موجود در مسیر اجرا و پیشرفت برنامه های بهبود کیفیت و ارائه گزارش به مدیران ارشد بیمارستان
۹. رهبری و هدایت کلیه واحدهای بالینی و غیربالینی به منظور تدوین اهداف و برنامه اجرایی آن
۱۰. تصویب و ابلاغ مجموعه توجیهی کارکنان جهت آگاهی پرسنل جدیدالورود
۱۱. تدوین و بازنگری سالیانه چارت سازمانی مرکز
۱۲. پاسخگویی مطلوب در قبال ممیزی های خارجی بیمارستان
۱۳. انجام ممیزی های دوره ای در راستای پیاده سازی استانداردهای اعتباربخشی ملی و حاکمیت بالینی
۱۴. شناسایی و مستندسازی فرآیندهای اصلی، پشتیبان و مدیریتی سازمان و تهیه شناسنامه جهت فرآیندهای مذکور
۱۵. ارزیابی عملکرد اتدینگ مرکز در ۹ حیطة (بالینی، بهبود کیفیت، کلینیک، آموزش، اتاق عمل، رادیولوژی، پاتولوژی، مدیر گروه و حیطة پژوهش) براساس نرم افزار Sun Doct
۱۶. صدور کارنامه عملکرد ماهیانه اتدینگ مرکز براساس نرم افزار Sun Doct
۱۷. پایش شاخص ویزیت قبل از ساعت ده صبح اتدینگ به صورت ماهیانه براساس نرم افزار Sun Doct

### شرح وظایف مسئول کمیته های بیمارستانی:

۱. طراحی، توسعه، استقرار و به روزرسانی مجموع دستورالعمل ها، آیین نامه ها، ابزارها، فرم ها، فرمت ها، ساز و کارها و ... مورد نیاز به منظور مدیریت کمیته های بیمارستانی
۲. استقرار، اجرا، هدایت و راهبری مجموعه آیین نامه ها و ساز و کارها در کمیته های بیمارستانی که مسئولیت امور دبیرخانه ای آنها طبق ساختار تصمیم گیری به این واحد سازمانی سپرده شده است.
۳. ساماندهی، بستر سازی و انجام فعالیتهای لازم بمنظور برگزاری موثر و مناسب کمیته ها و جلسات آنها
۴. پیگیری اجرای مصوبات کمیته ها و اخذ گزارش ها و اطلاعات در زمینه پیشرفت اجرای مصوبات و تنظیم گزارش های مدیریتی برای افراد و مراجع ذیربط در بیمارستان و مدیریت ارشد
۵. اطلاع رسانی بموقع تصمیمات و مصوبات کمیته ها به مدیریت ارشد بیمارستان
۶. پیگیری اطلاع رسانی به اعضاء کمیته و مراکز، مراجع و واحدهای ذیربط در صورت عدم تنفیذ تصمیم یا مصوبه کمیته و نقض آن از طرف مدیریت ارشد بیمارستان و سایر مراجع ذیصلاح و ذیربط بیمارستان
۷. طراحی، توسعه، ایجاد و بروزرسانی پایگاههای داده و بانکهای اطلاعاتی لازم جهت ثبت و ضبط اطلاعات پایه و تفصیلی مورد نیاز به منظور اجرای هرچه موثر تر و کار آمد تر وظایف واحد
۸. نظارت بر ثبت ماهیانه مصوبات توسط دبیران کمیته های مختلف در سامانه کمیته ها (Sun Com)
۹. گزارش گیری ماهیانه و فصلی عملکرد کمیته ها از طریق سامانه Sun Com به منظور پایش میزان اجرای مصوبات و تعیین علل عدم اجرای آنها در حیطة های مالی، تجهیزاتی، نیروی انسانی و مدیریتی و ارائه نتایج پایش در کمیته پایش و سنجش کیفیت و تیم مدیریت اجرایی

## شرح وظایف مسئول حقوق گیرنده خدمت:

۱. توسعه فرهنگ مشتری مداری و تکریم گیرندگان خدمت
۲. بررسی مشکلات گیرندگان خدمت و تدوین راهکارهای اجرایی و اصلاحی جهت رفع مشکلات
۳. بررسی و سنجش مستمر میزان رضایتمندی بیماران از نحوه ارائه خدمات و ارائه راهکارهای لازم به منظور افزایش سطح رضایتمندی
۴. نظارت بر اجرای استانداردهای اعتبار بخشی در محور حقوق گیرنده خدمت در تمام بخشهای بالینی و پاراکلینیک
۵. آگاه سازی گیرندگان خدمت از حقوق خود در ارتباط با بیمارستان و اطلاع رسانی مناسب به مراجعین درباره نحوه خدمت رسانی از طریق بروشور، پمفلت، روزنامه، آموزش چهره به چهره و ...
۷. تهیه و تدوین گزارشات دوره ای از پیشرفت طرح ها در واحدها و بخشها و ارائه نتایج آن به صورت فصلی به دفتر بهبود کیفیت
۸. جمع آوری شاخص های تعریف شده در محور حقوق گیرنده خدمت به صورت ماهیانه و ارسال نتایج هر سه ماه یکبار به مدیران ارشد
۹. برگزاری جلسات با مدیران ارشد و تبادل نظر در جهت نیاز سنجی بیماران
۱۰. کمک به نهادینه نمودن رسالت بیمارستان در جهت جلب مشارکت ذینفعان در امور درمانی نظیر رضایت آگاهانه
۱۲. نصب منشورهای حقوق بیمار، حقوق کارکنان، اخلاق کارکنان و اخلاق دانشجویان به منظر ایجاد برخورد مناسب و مشفقانه با بیماران
۱۳. طرح مشکلات بیماران در کمیته اخلاق پزشکی بر اساس چارچوب تعریف شده به عنوان دبیر کمیته اخلاق پزشکی و پیگیری نتایج
۱۴. آمادگی برای ارائه اطلاعات و توضیحات کافی و روشن به گیرندگان خدمت
۱۵. جلوگیری از اسراف و پرهیز از مصرف بیهوده امکانات و اموال بیمارستان
۱۷. بررسی نیازسنجی آموزش پرسنل در راستای حفظ حقوق گیرنده خدمت و برگزاری کلاسهای آموزشی با محوریت ارتباط موثر، حقوق گیرنده خدمت، نحوه برخورد با بیماران محتضر برای کمک پرستاران و پرستاران
۱۸. اطلاع رسانی به موقع به گیرندگان خدمت نسبت به تغییرات و تمهیدات جدید مرکز با نصب بنر، لمینت و ...
۱۹. ایجاد ساز و کارهای لازم جهت تشویق کارکنانی که موجب رضایت گیرندگان خدمت را فراهم می آورند و برخورد با کارکنان خاطی طبق خط مشی تعریف شده بیمارستان

## شرح وظایف مسئول شاخص های بیمارستان:

۱. تدوین شاخص های مهم عملکردی اختصاصی، قابل اندازه گیری، قابل دستیابی و زمان دار (SMART) جهت فرآیندهای مختلف بیمارستان
۲. تدوین شاخص های کلیدی عملکرد مرکز (Key Performance Indicators) با استفاده از نظرات مدیران ارشد بیمارستان
۳. جمع آوری و پایش مستمر شاخص ها و توجه به وجود تغییرات بحرانی در مقادیر آنها
۴. ارائه گزارشات مداوم در خصوص نتایج پایش شاخص ها به مدیران ارشد
۵. تصویب و ابلاغ مجموعه شاخص های عملکردی و فرآیندی مرکز به صورت سالیانه
۶. پایش مستمر برنامه بهبود کیفیت، داده ها، اقدامات و مداخلات مدیریتی از طریق تحلیل شاخص ها

شماره تماس: ۰۸۳-۳۴۲۷۶۲۹۶

داخلی: ۲۷۴۰-۲۷۵۸-۲۱۷۷

Email: gio@irhk.ir