



حاد و اورژانس

۱- بیمارستان از
ارائه مراقبتهای
ویژه به بیماران
اطمینان حاصل
مینماید.

۲- تریاژ و
هدایت بیماران
مراجعه کننده به
اورژانس در مسیر
تشخیص و درمان
برنامه ریزی و
مدیریت میشود.

۳- دسترسی
بیماران اورژانس
به خدمات
تشخیصی و
درمانی در
حداقل زمان
برنامه ریزی و
مدیریت میشود.

۴ تعیین تکلیف و
انتقال بیماران از
اورژانس به
بخشهای بستری
در حداقل زمان
برنامه ریزی و
مدیریت میشود

۵ عملیات احیاء و
اقدامات نجات
دهنده فوری بر
اساس
دستورالعملهای
مربوط برنامه
ریزی و انجام
میشود.

۶ مراقبت و
درمان بیماران
سکته حاد قلبی و
مغزی، برابر
دستورالعمل
ابلاغی ارائه
میشود.

۱- بیمارستان از ارائه مراقبتهای ویژه به بیماران اطمینان حاصل مینماید.

نحوه پذیرش و نحوه انتقال ایمن بیماران حاد از اورژانس و سایر بخشها به بخشهای ویژه برنامه ریزی شده و بر اساس آن عمل میشود. سطح یک

- ارزیابی بیماران در انتظار بستری در بخشهای ویژه قبل از انتقال توسط متخصص مربوط
- انتقال بیماران حاد از اورژانس و سایر بخشها به بخشهای ویژه به صورت ایمن مطابق دستورالعمل
- حداقل نکات مورد توجه همراه داشتن مانیتورینگ) فشارسنج و پالس اکسیمتر پرتابل (اکسیژن و وسایل کمک تنفسی با توجه به شرایط بیمار و حضور پرستار برای تحویل، چک پرونده و انتقال بیمار است

* استفاده از ظرفیت تخته ای ویژه برای اعمال جراحی غیر اورژانسی مانع از دسترسی بیماران حاد در انتظار بستری در بخشهای ویژه نمیشود. سطح یک

- اولویت پذیرش بیماران حاد در انتظار بستری در بخشهای ویژه نسبت به بیماران نیازمند به جراحی های غیر اورژانسی
- وجود برنامه مشخص برای استفاده از تخت های ویژه برای اعمال جراحی غیر اورژانسی بدون مخدوش نمودن ارائه خدمات به بیماران در انتظار بستری بخشهای ویژه
- استفاده از ظرفیت تختهای ویژه برای انجام جراحی غیر اورژانس بدون هرگونه ممانعت از پذیرش بیماران بدحال از بخش اورژانس، منعی ندارد

ادامه - بیمارستان از ارائه مراقبتهای ویژه به بیماران اطمینان حاصل مینماید.

مراقبتهای فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد برنامه ریزی شده و بر اساس آن عمل میشود. سطح یک

- تدوین خط مشی و روش " مراقبتهای فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد" با مشارکت صاحبان فرایند
- آگاهی کارکنان مرتبط به خط مشی و روش
- مراقبت فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد در بخشهای ویژه و خارج از بخشهای ویژه
- مراقبت و مانیتورینگ شامل فشار خون سیستولیک، دیاستولیک، فشارخون متوسط شریانی، ضربان قلب، تعداد تنفس، درجه حرارت، پایش درصد اشباع اکسیژن خون
- شریانی (پالس اکسی متری) است. کیفیت مراقبت از بیماران حاد با استفاده از روند برخی شاخصهای عملکردی از جمله نرخ مورتالیتی و واکنش و حساسیت تیم رهبری و
- مدیریت به نتایج پایش این شاخص قابل ارزیابی است. بدیهی است با توجه به تفاوت بخشهای ویژه حتی در یک بیمارستان، مقادیر مطلق نرخ مورتالیتی مد نظر این استاندارد نیست. بلکه روند این شاخص در بازه های زمانی در یک بخش ویژه ارزیابی میشود.
- در خصوص نوزادان بستری در بخش مراقبتهای ویژه نوزادان مراقبتهای تکاملی نوزادان و هم آغوشی مادر و نوزادان و انجام معاینه چشم نوزادان برنامه ریزی و انجام شود. کیفیت مراقبت از نوزادان با استفاده از برخی شاخصهای عملکردی قابل ارزیابی است. از جمله پایین بودن نرخ مرگ در نوزادان نیازمند تهویه مکانیکی و نوزادان با وزن کمتر از ۱۵۰۰ گرم موید کیفیت مراقبت نوزادان پرخطر است. خط مشی و روش " مراقبتهای فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد" شامل برنامه های مراقبتی برای بیماران حاد در انتظار بستری بخشهای ویژه هم میشود

ادامه - بیمارستان از ارائه مراقبتهای ویژه به بیماران اطمینان حاصل مینماید.

جایگاه رهبری بالینی بیماران در بخشهای ویژه تعریف شده است و بر اساس آن عمل میشود. سطح دو

- مشخص بودن مسئولیت هدایت و رهبری بالینی بیماران به نحوی که هیچگونه خلل/تاخیری در مراقبتهای مستمر پزشکی نباشد
- [?] انجام ویزیتهای روزانه در سه نوبت صبح، عصر و شب توسط رهبری بالینی بیمار و مشاوره های تخصصی درخواست شده
- [?] بررسی پاسخ بیمار به مراقبت و درمانهای ارائه شده
- [?] بازنگری مستمر برنامه مراقبت و درمان

اندیکاسیونهای پذیرش و ترخیص بیماران در بخشهای ویژه تعیین شده و بر اساس آن عمل میشود. سطح دو

- تدوین خط مشی و روش " نحوه و اندیکاسیونهای پذیرش و ترخیص بیماران در بخشهای ویژه " با مشارکت صاحبان فرایند
- [?] آگاهی کارکنان مرتبط به خط مشی و روش
- [?] پذیرش و ترخیص بیماران در بخشهای ویژه بر اساس خط مشی و روش
- این خط مشی و روش با توجه به کمبود تختهای ویژه در اغلب بیمارستانها نقش به سزایی در اولویت بندی ارائه مراقبت های ویژه به بیماران حاد و بحرانی دارد. لذا مشارکت تمامی متخصصین در تدوین آن بر مبنای منابع معتبر علمی و شرایط بومی بیمارستان بسیار راه گشا میباشد. همچنین در این خط مشی و روش لازم است، نحوه و اندیکاسیونهای پذیرش و ترخیص نوزادان در بخشهای ویژه تبیین شود

۱. رهبری و هدایت بالینی بیماران بستری در بخشهای ویژه به صورت باز

۲. رهبری و هدایت بالینی بیماران بستری در بخشهای ویژه به صورت نیمه بسته/نیمه باز

۳. رهبری و هدایت بالینی بیماران بستری در بخشهای ویژه به صورت بسته

۱ رهبری و هدایت بالینی بیماران بستری در بخشهای ویژه با شیوه بسته و باحضور متخصص مراقبتهای ویژه

مقیم و حداقل سه بار راند بیماران در طول شبانه روز بالاترین

مرتبه کیفی خدمات به بیماران بستری در بخشهای ویژه را تامین مینماید. شیوه های نیمه بسته حتی با حضور متخصص بیهوشی /متخصص داخلی مقیم رتبه دوم کیفیت را تامین میکند و

رهبری و هدایت بالینی بیماران بستری در مراقبتهای ویژه با شیوه باز و بدون حضور پزشک متخصص مراقبتهای ویژه مقیم / متخصص بیهوشی مقیم /متخصص داخلی مقیم، پایینترین سطح

کیفیت مراقبتی ارزیابی میشوند. تعیین مسئولیت هدایت و رهبری بالینی بیماران با توجه به حضور متخصص مراقبتهای ویژه مقیم، شرایط بیمار، نظریه پزشک معالج برنامه ریزی میشود. در

بخشهایی که متخصص مراقبت های ویژه مقیم دارد طبیعتاً رهبری بالینی غالباً به عهده ایشان بوده و هدایت بالینی با روش بسته برنامه ریزی و انجام میشود. لذا مدیریت مشاوره ها و

اقدامات تشخیصی و درمانی بیماران با اطلاع پزشک معالج اما توسط متخصص مراقبتهای ویژه مقیم انجام میشود. اما در صورت صالحدید پزشک معالج و یا عدم حضور متخصص مراقبتهای

ویژه مقیم در هدایت بالینی با شیوه نیمه بسته خواهد بود. بدیهی است تداوم رهبری بالینی توسط پزشک معالج مشروط به حداقل ویزیت روزانه و محوریت او با هماهنگی متخصص مراقبتهای

ویژه است. در صورت حضور متخصص بیهوشی مقیم رهبری بالینی به صورت نیمه بسته خواهد بود و با همفکری و حضور مستمر و روزانه پزشک معالج و هماهنگی و مشورت با متخصص

بیهوشی مقیم برنامه ریزی شود. رهبری بالینی در بخش مراقبتهای ویژه نوزادان در بالاترین سطح کیفی بر عهده فوق تخصص نوزادان و با شیوه بسته است.

نتایج سایر استانداردهای این محور نیز با در نظر گرفتن نتیجه این استاندارد ارزیابی خواهد شد و این سنجه دارای وزن و تاثیر بالایی در نتایج اعتباربخشی است.

ادامه – بیمارستان از ارائه مراقبتهای ویژه به بیماران اطمینان حاصل مینماید.

مراقبت و درمان بیماران در انتظار انتقال به بخشهای ویژه با شرایط مشابه با بخشهای ویژه ارائه میشود. سطح سه

- آگاهی پزشکان و پرستاران مراقب بیماران در انتظار انتقال به بخشهای ویژه از خط مشی و روش "مراقبتهای فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد"
- ارائه مراقبت به بیماران در انتظار انتقال به بخشهای ویژه بر اساس خط مشی و روش "مراقبتهای فیزیولوژیک و مانیتورینگ مداوم بیماران حاد"
- تامین تجهیزات، امکانات و ملزومات مورد نیاز بیماران حاد برای بیماران در انتظار انتقال به بخشهای ویژه تا زمان انتقال به بخش ویژه
- استفاده از پرستار آموزش دیده بخشهای ویژه برای بیماران در انتظار انتقال به بخشهای ویژه
- مراقبتهای پرستاری با شیوه مستمر و مشابه بخشهای ویژه ارائه شود. همچنین بررسیهای پزشکی و مراقبتهای تجهیزاتی مشابه بخشهای ویژه برنامه ریزی و حداقل در سه راند ویزیت بیماران توسط پزشک ذیصلاح برنامه ریزی و انجام شود. در صورت بستری نمودن بیماران در انتظار انتقال به بخشهای ویژه در بخش های عادی/اورژانس ضمن انتقال بیمار به اتاقهای در معرض دید مستقیم ایستگاه پرستاری، به منظور پیشگیری از بروز آسیبهای روحی به سایر بیماران در صورت موافقت همراه، در اتاق خصوصی بستری و در غیر این صورت بیمار/ بیماران اتاق استقرار آنها از بیماران با وضعیت مشابه انتخاب شود

* تامین امکانات تشخیصی و درمانی قابل ارائه بر بالین بیماران حاد به نحوی است که عرورتی برای انتقال بیمار به خارج از بخش نیست. سطح دو

- امکان ارائه خدمات تشخیصی رادیوگرافی بر بالین بیماران بستری در بخشهای ویژه
- امکان ارائه خدمات تشخیصی سونوگرافی بر بالین بیماران بستری در بخشهای ویژه
- امکان ارائه خدمات تشخیصی اکوکاردیوگرافی بر بالین بیماران بستری در بخشهای ویژه
- امکان انجام دیالیز بر بالین بیماران بستری در بخشهای ویژه
- وجود دستگاههای همودیالیز و سایر تجهیزات تشخیصی اختصاصی برای بخشهای ویژه کمتر از ۱۰ تخت توصیه موکد بوده اما در بخشهای ویژه بیش از ۱۰ تخت الزامی است. همچنین استفاده از تجهیزات مناسب و پرتابل آنها و ممانعت از جابجایی بیماران الزامی میباشد. استفاده از مشاوره نفرولوژیست/متخصص مراقبت های ویژه/متخصص داخلی آموزش دیده و حضور پرستار آموزش دیده جهت ارائه خدمت همودیالیز در بخش ویژه در زمان دیالیز الزامی است

۲- تریاژ و هدایت بیماران مراجعه کننده به اورژانس در مسیر تشخیص و درمان برنامه ریزی و مدیریت میشود

تریاز بیماران اورژانس با رضایت ضوابط مربوط، به صورت تسهیل شده برنامه ریزی و انجام میشود. سطح یک

- هدایت صحیح و به موقع بیماران بر اساس سطح تریاز
- حضور مستمر و بدون وقفه پرستار مجرب با سابقه حداقل پنج سال کار بالینی
- وجود تجهیزات براساس آخرین دستورالعمل ابلاغی
- پیش بینی ساز و کار هدایت بیمار از درب ورود اورژانس به تریاز
- محل استقرار تریاز در اولین فضای قابل دسترس برای بیمار در بدو ورود اورژانس
- اشراف و دید کامل پرستار تریاز به ورودی اورژانس
- ساختار فیزیکی مشخص، مساحت مناسب و متناسب برای تریاز بر اساس تعداد و نوع مراجعین
- اجرای تریاز مطابق دستورالعمل ابلاغی با رضایت حریم خصوصی بیماران
- عملکرد پرستار تریاز به صورت فعال برای شناسایی و هدایت و حمایت از بیماران بدحال
- عدم تاخیر در آغاز روند مراقبتهای پزشکی بیماران بدحال به علت اطلاع روند تریاز یا ورود بیمار به روندهای پذیرش و پرداخت هزینه
- عدم ایجاد هرگونه صف بیماران برای خدمات تریاز
- فعالیت تریاز دولایه در اورژانسهای پر ازدحام
- وجود فرایندی معین برای شناسایی تغییر سطح احتمالی تریاز بیماران در سطوح ۴ و ۵ و در صورت نیاز تریاز مجدد بیمار

پرستار تریاژ با سابقه حداقل پنج سال کار بالینی که حداقل یک سال از آن در بخش اورژانس باشد و توانمندی اصلی او تریاژ بیماران بدون اطاله زمان طلایی برای رسیدگی به بیماران بدحال است. دوره های آموزشی لازم برای پرستاران تریاژ :

- ۱. کارگاه تریاژ ESI
- ۲. کارگاه مهارت‌های ارتباطی
- ۳. کارگاه احیای پایه و پیشرفته بزرگسالان و کودکان
- ۴. کارگاه مراقبت‌های اولیه تروما

دوره های آموزشی توصیه شده برای پرستاران تریاژ و سایر پرستاران اورژانس:

- ۱. دوره ها و کارگاه های به منظور شناخت کامل فضای فیزیکی و امکانات بخش اورژانس و بیمارستان
- ۲. دوره ها و کارگاه های افزایش مهارت حل مسأله در مواجهه با موارد پیش بینی نشده
- ۳. دوره ها و کارگاه های مهارت‌های تفکر انتقادی
- ۴. دوره ها و کارگاه های به منظور افزایش مهارت انجام کار تیمی
- ۵. دوره ها و کارگاه های مدیریت استرس
- ۶. دوره ها و کارگاه های مدیریت بحران
- ساختار و مساحت واحد تریاژ باید بر اساس تعداد و نوع مراجعه تعیین گردد. در صورت بالا بودن تعداد مراجعین اطفال، باید فضای کافی برای تخت معاینه اطفال و ترازوی نوزادان در نظر گرفته شود. واحد تریاژ باید به ورودی بیماران، ورودی آمبولانس و همچنین اتاق احیا دسترسی سریع و آسان داشته باشد و علاوه بر امکان نظارت بر ورودماتی بیماران می بایست حریم خصوصی بیماران در حین ارزیابی در این اتاق، رضایت شود.
- سیستم ESI در این روش، پرستاران تریاژ نه تنها بر اساس سنجش فوریت نیاز بیمار به اقدام درمانی (مبتنی بر شواهد عینی، ذهنی و معاینه مختصر) بلکه بر اساس میزان منابع مورد نیاز در بخش، بیمار را برای دریافت خدمات در پنج سطح اولویت بندی مینمایند. همچنین بیماران منتظر برای دریافت خدمات، در فواصل زمانی مناسب بر اساس اولویت بالینی باید مجدد ارزیابی شوند تا در صورت تغییر وضعیت بالینی، اولویت رسیدگی به آنان نیز تغییر کند. تغییر سطح تریاژ بیماران پس از تریاژ محتمل بوده و این امر بویژه در مواردی که وخامت حال بیمار در حین اخذ خدمات افزایش مییابد بسیار مهم است و نادیده گرفته شدن این امر مهم مویذ فقدان روندهای مراقبتی موثر و قابل اطمینان در سطح اورژانس است.

* فرایندهای اورژانس پس از تریاژ تا تعیین تکلیف، به نحوی برنامهریزی شده که اختلال / تاخیری در روند تشخیص و درمان بیماران مشاهده نمیشود. سطح یک

- حضور مستمر پزشک مقیم اورژانس جهت ویزیت بیماران پس از تریاژ
- [?] ویزیت تمامی بیماران مراجعه کننده اورژانس توسط پزشک مقیم اورژانس در حداقل زمان
- [?] هماهنگی با واحد مددکاری در خصوص بیماران بدحال/بیهوش/مجهول الهویه بدون همراه و حضور مددکار جهت هماهنگی اقدامات بیمار
- [?] عدم وجود گامهای رفت و برگشتی و حذف فرایندهای زمان بر و ممانعت از قرار گرفتن بیماران سطح یک، دو و سه تریاژ در صف/انتظار برای انجام اقدامات تشخیصی
- [?] طراحی فرایندهای اقدامات تشخیصی آنی/فوری پاراکلینیک و عدم اطاله ارزیابیهای آزمایشگاهی در زمان طلایی
- [?] در دسترس بودن و انجام اقدامات تشخیصی از جمله تصویر برداری، سونوگرافی، نوار قلب و سایر خدمات تشخیصی اختصاصی اورژانسی بدون هرگونه اطاله زمان
- [?] انجام مشاوره‌های اورژانسی بیماران تحت نظر در حداقل زمان ممکن توسط پزشکان سرویس تخصصی ذیصلاح

۳ نحوه پذیرش و پرداخت هزینه های اورژانس هیچ گونه اختلال / تاخیری در روند تشخیص و درمان بیماران بدحال ایجاد نمینماید. سطح دو

- آگاهی و عملکرد کارکنان در خصوص پذیرش بدون قید و شرط بیماران بدحال
- [?] عدم تاخیر در آغاز روند مراقبتهای پزشکی بیماران بدحال به علت اطاله روندهای پذیرش و پرداخت هزینه
- [?] انجام روندهای پذیرش و مالی پس از تریاژ با ملاحظه عدم ارجاع بیماران سطح یک، دو و سه
- [?] عدم ارجاع و مداخله بیماران سطح یک و دو و سه به روندهای پذیرش، مالی و پاراکلینیک مانند آزمایشگاه/تصویر برداری/داروخانه و سایر
- [?] وجود واحد پذیرش و صندوق مالی در بخش اورژانس و عدم اعزام بیمار/ همراه به ساختمانهای مجاور و راهروهای دور دست
- [?] انجام پذیرش تسریع و تسهیل شده و دسترسی به سوابق بالینی بیماران در همان مرکز در پذیرش بخش اورژانس
- در صورتی که ارائه خدمات با توجه به نوع بیمارستان، مقدور نباشد پس از ارائه خدمات اولیه ضروری در بخش اورژانس و ارائه توضیحات لازم به بیمار/ همراه در خصوص علت
- انتقال، اعزام، میزان تعرفهها و پوشش بیمه ای خدمات در مرکز درمانی مقصد، با هماهنگی ستاد هدایت، زمینه انتقال گیرنده خدمت به واحد مجهز فراهم میشود

۳-دسترسی بیماران اورژانس به خدمات تشخیصی و درمانی در حداقل زمان برنامه ریزی و مدیریت میشود

* داروخانه، تصویربرداری، آزمایشگاه و بانک خون برای ارائه خدمات اورژانس با دسترسی ایمن و آسان در تمام ساعات شبانه روز فعالیت مینمایند. سطح دو

- دسترسی ایمن و آسان بیماران به واحد آزمایشگاه اورژانس و ارائه خدمات در تمام ساعات شبانه روز
- [?] دسترسی ایمن و آسان بیماران به واحد بانک خون و ارائه خدمات در تمام ساعات شبانه روز
- [?] دسترسی ایمن و آسان بیماران به واحد تصویربرداری و ارائه خدمات در تمام ساعات شبانه روز
- [?] دسترسی ایمن و آسان بیماران به واحد داروخانه سرپایی و ارائه خدمات در تمام ساعات شبانه روز
- فعالیت بدون وقفه این بخشها/واحدها مد نظر بوده و منظور از دسترسی ایمن، رضایت نکات ایمنی اعم از روشنایی، هم سطحی/امکان استفاده از آسانسور، هموار بودن زمین، مسقف بودن مسیر، سرمایش و گرمایش مناسب، ویلچر و برانکارد متناسب با تعداد مراجعین، مجاورت آزمایشگاه و بانک خون و داروخانه در مسیر بخش/واحد است. منظور از دسترسی آسان، دسترسی بخش اورژانس به این بخشها/واحدها وجود علائم و راهنماهای شناسایی مشخص شده است

پزشک اورژانس به صورت شبانه روزی و بدون وقفه مقیم بخش اورژانس است و نقش فعال، مموری و مؤثر در تشخیص و درمان بیماران دارد. سطح یک

- وجود برنامه ماهیانه حضور پزشک مقیم در بخش اورژانس
- [?] حضور بدون وقفه و شبانه روزی پزشکان مقیم اورژانس براساس 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، برنامه های پزشکان مقیم و آنکال بایستی مستقل از هم تدوین شوند. در تابلوی اطلاع رسانی اورژانس
- این دو برنامه در کنار هم نصب باشد

۴- تعیین تکلیف و انتقال بیماران از اورژانس به بخشهای بستری در حداقل زمان برنامه ریزی و مدیریت میشود

بیماران اورژانس حداکثر ظرف شش ساعت تعیین تکلیف میشوند. سطح یک

- تعیین تکلیف بیماران اورژانس با هدایت بالینی پزشک مقیم اورژانس و با مشارکت فعال و موثر پزشکان متخصص مقیم / آنکال سرویسهای تخصصی
- [?] در صورت نیاز به تداوم مراقبت و درمان پس از تعیین تکلیف ادامه خدمات و هدایت بالینی با محوریت سرویس تخصصی مربوط
- [?] تعیین تکلیف تمامی بیماران اورژانس کمتر از شش ساعت از زمان تریاژ
- بنای زمان ابتدای شاخص، زمان تریاژ است و مبنای زمان انتهای شاخص تعیین تکلیف دستوری است که توسط پزشک اورژانس جهت مشخص شدن وضعیت بیمار در یکی از حالت‌های ذیل در پرونده بیماران بستری ثبت مینماید:
- ۱. دستور ترخیص از بخش اورژانس بعد از انجام اقدام تشخیصی و درمانی
- ۲. دستور انتقال قطعی بیمار به یک سرویس تخصصی مربوط جهت تداوم مراقبت و درمان
- ۳. دستور اعزام به سایر بیمارستان توسط پزشک اورژانس
- ۴. تر با رضایت شخصی بیماران
- ۵. فوت بیمار
- انتظار می‌رود کمیته ارتقای خدمات اورژانس بیمارستان نقش فعال و موثر در بهبود شاخص تعیین تکلیف بیماران کمتر از شش ساعت در اورژانس را ایفا نماید. ارزیابی سیستمی عوامل موثر در اطاله تعیین تکلیف بیماران به صورت میدانی انجام و اقدامات اصلاحی / برنامه بهبود طراحی و اجرا شود

پزشکان متخصص مقیم و آنکال، در اورژانس بیمارستان در زمینه تعیین تکلیف بیماران مشارکت فعال و مؤثر دارند. سطح یک

- هدایت بالینی بیماران توسط پزشک مقیم اورژانس با هماهنگی و مشاوره های گروه های تخصصی برای تعیین تکلیف و انتقال به بخشهای بستری / ترخیص ایمن
- [?] حضور بدون هرگونه تعلل/تاخیر پزشکان متخصص مورد مشاوره اورژانس بر بالین بیماران بدحال در حداقل زمان
- [?] مشارکت فعال پزشکان متخصص مقیم / آنکال بیمارستان در تعیین تکلیف بیماران اورژانس

پذیرش بیماران الکتیو در بخشهای بستری مانع از انتقال بیماران بدحال از اورژانس به بخشهای بستری نمیشود. سطح دو

- عدم استفاده از بخش اورژانس برای بستری نمودن بیماران الکتیو و غیر اورژانسی در بخشهای بستری تخصصی، اعم از معرفی بیمار از مطب پزشکان یا سایر شیوه ها
- عدم تصرف / مسدود نمودن تختهای بستری برای بیماران الکتیو و غیر اورژانسی
- اولویت مطلق انتقال و بستری بیماران بدحال از اورژانس در بخشهای بستری
- بایستی امکان استفاده از همه ظرفیت های تخت های بستری برای انتقال بیماران بدحال اورژانس به بخش های بستری عادی و ویژه فراهم باشد.

بیماران اورژانس که نیازمند تدوam مراقبت و درمان هستند حداکثر ظرف دوازده ساعت به بخشهای بستری منتقل میشوند. سطح دو

- تفویض اختیارات کامل به مدیر تخت در انتقال بیماران بدحال اورژانس به بخشهای بستری
- خروج فیزیکی بیماران از بخش اورژانس و انتقال آنها به بخشهای بستری عادی / ویژه کمتر از دوازده ساعت
- مشارکت فعال و موثر سوپروایزر و مسئولان بخشهای بستری با مدیر تخت در امر انتقال بیماران اورژانس به بخشهای بستری عادی / ویژه کمتر از دوازده 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 مراقبتهای تشخیصی و درمانی غیر عرو و غیر اورژانسی قبل / حین انتقال به بخش بستری
- خروج بیماران از اورژانس شامل بیمارانی میگردد که اورژانس را به صورت فیزیکی ترک کرده اند بدین معنا که ترخیص شده یا به یکی از بخشهای همان بیمارستان منتقل شده و یا به بیمارستان دیگر اعزام شده اند. مبنای زمان ابتدای شاخص، اولین دستور پزشک می باشد که می بایستی حداکثر در مدت ۱۲ ساعت از بخش اورژانس خارج شده باشند،
- ترک بدون اطلاع و تر با رضایت شخصی و بیماران سرپایی در این شاخص وارد نمیگردد. در مواردی که تخت خالی جهت بستری بیماران در بخش تخصصی مربوط وجود ندارد
- با نظر مدیر تخت بایستی بیمار در بخشهای غیر مرتبط ولی ترجیحاً در رشته نزدیک بستری شوند.

عملکرد اورژانس در حوزه های بالینی و غیر بالینی بطور مستمر ارزیابی، روند ارائه خدمات از نظر مؤثر و به موقع بودن بازنگری و ارتقا مییابد. سطح دو

- ارزیابی مستمر عملکرد اورژانس در حوزه های بالینی و غیر بالینی بر اساس روشهای مدون با محوریت کمیته ارتقای خدمات اورژانس بیمارستان
- عملکرد مؤثر کمیته ارتقای خدمات اورژانس بیمارستان در طراحی/بازنگری/بهبود فرایندها و شاخصهای عملکردی اورژانس
- کارگروهی و هماهنگی کامل بین گروههای تخصصی مقیم/آنکال و پزشک مقیم اورژانس در تعیین تکلیف و انتقال بیماران اورژانس به بخشهای تخصصی مربوط
- بهبود روند مراقبتهای حاد و نجات دهنده در بخش اورژانس
- بهبود روند مشاوره های اورژانس برای تعیین تکلیف بیماران
- بهبود روند مراقبتهای مستقیم پرستاری در بخش اورژانس
- تعیین تکلیف بیماران اورژانس سطح یک و دو سه کمتر از شش ساعت از زمان تریاژ
- انتقال بیماران نیازمند به تداوم بستری به بخشهای بستری تخصصی مربوط
- ترخیص و بستری شبانه روزی و بدون وقفه بیماران از بخش اورژانس
- مدیریت/کاهش روند رضایت ترخیص با مسئولیت شخصی بیماران در اورژانس
- کیفیت تعداد، صحت کارکرد، کالیبراسیون و آماده بکار بودن تجهیزات بخش اورژانس
- آراستگی، نظافت و امکانات رفاهی بخش اورژانس
- کارایی حفاظت فیزیکی در مدیریت امنیت و آسایش بیماران و کارکنان اورژانس
- حمایت مددکاری از بیماران بیخانمان/مجهول الهویه/آسیب پذیر اجتماعی در روند تشخیص و درمان و تا مرحله انتقال به بخشهای بستری/ترخیص
- عملکرد مناسب اتاق عمل در خصوص بیماران تعیین تکلیف شده و نیازمند به عمل جراحی اورژانس
- بهبود روند رضایتمندی بیماران و مراجعین به اورژانس
- رضایتمندی کارکنان و پزشکان در خصوص اشتغال خود در بخش اورژانس
- رضایتمندی و انتخاب اورژانس این بیمارستان توسط بیماران و مراجعین در صورت نیاز مجدد در آینده
- ترخیص ایمن بیماران همراه با ارائه آموزش های پزشک و پرستار در زمینه روند پیگیری و شرایط و حالات مهم برای مراجعه مجدد به اورژانس
- نتایج سایر استانداردهای این ممور نیز با در نظر گرفتن نتیجه این استاندارد ارزیابی خواهد شد و این سنجه دارای وزن و تاثیر بالایی در نتایج اعتباربخشی است.
- بیمارستان بایستی در خصوص مراجعین بخش اورژانس که پس از ترخیص نیاز به پیگیری روند درمان از طریق درمانگاه های تخصصی دارند، دارای روش اجرایی مدون باشد

مراقبت‌های مستقیم پرستاری به صورت مستمر، ایمن و مؤثر برای بیماران تحت نظر در اورژانس برنامه ریزی و ارائه میشود. سطح دو

- حضور مستمر پرستاران بر بالین و ارزیابی مستمر وضعیت بالینی بیمار در هر نوبت کاری توسط گروه پرستاری مسئول
- [?] مراقبت و ارزیابی مستمر بیماران به منظور شناسایی هرگونه تغییر سطح تریاژ
- [?] نظارت بر حضور مستمر پرستاران بر بالین توسط تیم مدیریت پرستاری
- [?] شناسایی اقدامات، فرایندها و امورات غیر مرتبط و مانع مراقبت مستقیم توسط مدیریت پرستاری از جمله مستندسازی های مازاد یا انجام امور غیر مرتبط
- [?] گزارش اقدامات، فرایندها و امور غیر مرتبط شناسایی شده توسط مدیریت پرستاری به تیم رهبری و مدیریت جهت تعیین تکلیف و بازنگری آنها
- [?] برنامه ریزی جهت حذف مستندسازی های مازاد با رضایت ضوابط ابلاغی وزارت بهداشت
- [?] ارزیابی اثربخشی اقدامات اصلاحی در زمینه بهبود مراقبت‌های مستقیم پرستاری
- [?] ارائه مراقبت‌های مستقیم پرستاری در سطح انتظار و استانداردهای مربوط
- [?] تحویل بالینی بیماران در هر شیفت توسط پرستاران طبق دستورالعمل ابلاغی
- [?] تحویل بالینی بیماران از بخش اورژانس به بخشهای بستری توسط پرستار

- موقعیتهای تحویل بیماران بین کادر بالینی اعم از پزشکان و کادر پرستاری
- در هنگام تحویل شیفت
- در هنگام انتقال موقت بیمار از بخش در داخل بیمارستان) مانند انتقال به اتاق عمل، بخشهای پاراکلینیک و اسکوپیهها، دیالیز و مانند آن)
- در انتقال موقت بیمار به خارج از بیمارستان) مانند انتقال جهت اقدامات تشخیصی و پاراکلینیک و اسکوپیهها، دیالیز و مانند آن) و تبادل اطلاعات بین تیم بالینی درون بیمارستان با کادر همراه اعزام و نیز مرکز تحویل گیرنده بیمار
- در انتقال دائم (اعزام) بیماران به سایر مراکز و تبادل اطلاعات بین تیم بالینی درون بیمارستان با کادر همراه اعزام و نیز مرکز تحویل گیرنده
- برای اطمینان از برقراری ارتباط موثر و ایمن از ابزارهایی مانند SBAR استفاده میشود. با استفاده از تکنیک SBAR که دارای مکانیسمی ساده برای به خاطر سپردن است و می تواند برای شکل دادن به ارتباطات افراد به ویژه در خصوص موارد حیاتی که توجه و اقدام اضطراری کادر بالینی را می طلبد، مورد استفاده قرار گیرد. توانمندی در درک بهتر اطلاعات مورد تبادل و چگونگی آن، تسهیل کار تیمی و پرورش فرهنگ ایمنی بیمار و فراهم سازی امکان تبادل اطلاعات کامل مرتبط به شرایط بیمار از ویژگیهای تکنیک SBAR محسوب می شود.
- مراحل تکنیک SBAR عبارت است از
- وضعیت: تشریح وضعیت کنونی در طی (۵ الی ۱۰ ثانیه)
- سوابق: بیان سوابق مرتبط و کاربردی بیمار به اختصار
- ارزیابی
- نتیجه گیری، آن چه که فکر می کنید
- توصیه
- آن چه که نیاز دارید با ذکر چهارچوب زمانی آن
- ثبت موارد گزارش پرستاری در تمامی امور جاری جهت هر بیمار مانند علل تاخیر انتقال، ویزیت، مشاوره، ترخیص و آموزش به بیماران صورت پذیرد

کاهش / مدیریت ازدحام بیماران در اورژانس بر اساس ظرفیتهای بیمارستان و دانشگاه برنامه ریزی و انجام میشود. سطح سه

- عدم وجود هرگونه ازدحام در اورژانس بر اساس ظرفیت های بالقوه بیمارستان و دانشگاه
- [?] مدیریت ازدحام اورژانس با استفاده از فرایندهای منظم و ارائه خدمات مراقبت و درمان بدون /اختلال /تاخیر /تعطل
- در صورت تکمیل بودن ظرفیتهای بستری عادی / ویژه بستری و اتاق عمل و همچنین روان بودن خدمات براساس فرایندهای منظم و هماهنگ بدون /اختلال /تاخیر /تعطل وجود ازدحام ناگزیر بوده و امتیازی کسر نمیشود.

۵ عملیات احیاء و اقدامات نجات دهنده فوری بر اساس دستورالعمل‌های مربوط برنامه ریزی و انجام میشود.

گروه / گروه‌های احیا متناسب، با سرپرستی پزشک دارای صلاحیت در زمان اعلام کد بالفاصله بر بالین بیمار حاضر میشوند. سطح یک

- تعیین گروه/ گروه‌های احیا متناسب وسعت و دسترسی به بخش‌های مختلف بیمارستان با امکان حضور فوری بر بالین بیماران
- وجود برنامه گروه/ گروه‌های احیا و وسایل ارتباط جمعی احضار و اعلام کد احیا در تمام ساعات شبانه روز
- سرپرستی گروه/ گروه‌های احیا با سرپرستی پزشک دارای صلاحیت به عنوان رهبر گروه احیا
- منظور از امکان حضور فوری است. بدیهی است عضو مقیم تیم احیا در بخش مربوط بال درنگ نسبت به آغاز عملیات نجات اقدام می نماید. پزشک ذیصلاح توسط بیمارستان به عنوان رهبر تیم احیا تعیین و انجام وظیفه مینماید. این مهم با توجه به نوع خدمات تخصصی، نوع بیماران به تشخیص کمیته ارتقای خدمات اورژانس بیمارستان برنامه ریزی میشود.
- گروه احیا نوزادان دارای گواهینامه احیا پیشرفته نوزادان مطابق استانداردهای مادر و نوزاد برنامه ریزی و تامین میشود.

* ترالی اورژانس مطابق ضوابط مربوط در دسترس و تحت مدیریت است. سطح یک

- چیدمان دارو و تجهیزات ترالی احیا مطابق آخرین دستور العمل ابلاغی
- دسترسی آسان، فوری و بدون مانع به ترالی احیا ظرف مدت یک دقیقه
- مدیریت و به روز رسانی مستمر ترالی اورژانس توسط پرستار مسئول در هر نوبت کاری
- استفاده از ترالی اورژانس توسط افراد تعیین شده و ذیصلاح با تشخیص بیمارستان
- چیدمان ترالی اورژانس در تمامی بخشها/ واحدها بر اساس مصوب کمیته درمان و دارو تجهیزات و منطبق بر آخرین نسخه ابلاغی وزارت متبوع
- در دسترس بودن ترالی اورژانس نوزاد در بخش‌های بلوک زایمان و لیبر و سایر مکانها مطابق با دستورالعمل کشوری
- تعداد و مکان استقرار ترالی احیا در بیمارستان بر اساس مصوب کمیته درمان و دارو تجهیزات و منطبق بر آخرین نسخه ابلاغی وزارت متبوع است.

راهنمای بالینی "احیای قلبی ریوی" اطلاع رسانی شده و کارکنان بالینی در این زمینه مهارت کافی دارند. سطح یک

- نصب الگوریتم آخرین دستورالعمل احیای قلبی ریوی مورد تایید وزارت بهداشت متناسب با آخرین نسخه و مبتنی بر شواهد معتبر
- مهارت تیم احیا بزرگسالان و نوزادان متناسب با آخرین نسخه مهارت تیم احیا بزرگسالان و نوزادان
- آموزش پایه و اساس مهارت‌های مهمی چون احیا قلبی ریوی است. اما آنچه مهم است توانایی بکار بستن آگاهی‌های دانشی پس از طی دوره‌های آموزشی است. لذا بر اساس روند شاخص‌های عملکردی مانند نرخ احیای قلبی ریوی موفق در اورژانس و دیگر شاخص‌های مرتبط با عملیات نجات میتوان روند عملکرد گروه/گروه‌های احیا را رصد نمود. از طرفی پایش میدانی و ارزیابی نحوه عملکرد گروه احیا توسط مسئول فنی/ایمنی و مدیریت پرستاری و بر اساس آن برنامه ریزی‌های آموزشی و یا بازنگری ترکیب گروه احیا ضرورت مدیریتی اجتناب ناپذیر در روند بهبود این عملیات درمانی مهم و حیاتی است

شناسایی و ارائه مراقبتهای فوری به بیماران بدحال و اورژانسی برنامه ریزی شده و بر اساس آن عمل میشود. سطح دو

- تدوین خط مشی و روش "شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بدحال و اورژانسی در بخشهای بستری" با حداقلهای مورد انتظار
- آگاهی کارکنان مرتبط از خط مشی و روش
- رسیدگی به موقع به بیماران بدحال و اورژانسی در تمام ساعات شبانه روز بر اساس خط مشی
- حداقلهای مورد انتظار در خط مشی و روش "شناسایی به موقع و نحوه رسیدگی به بیماران بدحال و اورژانسی در بخشهای بستری"
- ۱. شناسایی بیمارانی که احتمال وخامت حال آنها می رود (در ارزیابی اولیه و ارزیابی های مستمر پرستاری و پزشکی)
- ۲. نحوه کسب اطمینان از مهارت پرستاران در شناسایی به موقع تغییر حال و وخامت وضعیت بالینی بیماران
- ۳. نحوه رصد وخامت حال بیماران با احتمال وخامت در فاصله زمانی ارزیابی های پرستاری و پزشکی
- ۴. پیش بینی ساز و کاری برای اطلاع رسانی فوری درخواست ویزیت تخصصی سرویس مربوطه برای بیماران اورژانس
- ۵. نحوه ارائه مراقبتهای مستقیم پرستاری و بازنگری فاصله زمانی و تواتر مراقبتها
- ۶. نحوه استقرار بیماران بدحال و جابجایی و استقرار بیمار در اتاقهای نزدیک ایستگاه پرستاری
- ۷. شیوه های کسب آگاهی مستمر از روند وخامت حال بیماران در تمام ساعات شبانه روز از طریق آموزش و حساس سازی بیمار/همراه
- ۸. انتقال بیماران حاد و بحرانی به بخشهای مراقبت های ویژه
- ۹. شرایط استفاده از امکانات مانیتورینگ مستمر بیمار بدحال/پرخطر در صورت لزوم
- ۱۰. نحوه فراخوان بدون تاخیر/ تعلل پزشکان متخصص/مقیم/آنکال مربوط در شرایط وخامت حال بیماران در تمام ساعات شبانه روز
- ۱۱. نحوه ارزیابی اثربخشی این خط مشی و شناسایی به موقع بیماران بدحال به منظور بازنگری روشهای تدوین شده

۶ مراقبت و درمان بیماران سکته حاد قلبی و مغزی، برابر دستورالعمل ابلاغی ارائه میشود

اقدامات درمانی برای بیماران سکته حاد قلبی، در زمان طلایی طبق ضوابط و الزامات مربوط انجام میشود. سطح یک

- اقدام بر اساس فرآیند اعلام کد سکته حاد قلبی در بیمارستان مطابق دستورالعمل مربوط
- [?] اطمینان از آشنایی پرسنل مرتبط با نحوه اجرای آن
- [?] مشاوره اورژانس و حضور متخصص قلب بر اساس آخرین دستورالعمل ابلاغی وزارت متبوع
- [?] انتقال بیمار ۲۴۷ به کت لب/ تزریق ترومبولیتیک و یا پایدارسازی و اعزام بیمار براساس آخرین دستورالعمل ابلاغی وزارت متبوع

شناسایی و تشخیص سکته حاد قلبی و مغزی در زمان طلایی برنامه‌ریزی شده و بر اساس آن عمل میشود. سطح یک

- شناسایی و تشخیص سکته حاد قلبی در زمان طلایی در اورژانس
- [?] شناسایی و تشخیص سکته حاد مغزی در زمان طلایی در اورژانس
- [?] آموزش کارکنان مرتبط در خصوص شناسایی بیماران سکته حاد قلبی و مغزی به منظور حمایت و تسریع فرایندهای تریاژ و مراقبت و درمان فوری بیماران
- پرسنل مرتبط که بایستی در شناسایی بیماران سکته حاد قلبی و مغزی به منظور حمایت و تسریع فرایندهای تریاژ آموزش ببینند، حداقل شامل نگهبانی، پذیرش، خدمات، پرستار تریاژ، پرسنل اورژانس، پرسنل سی تی اسکن است.

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

سطح یک

- اقدام بر اساس فرآیند اعلام کد سکته حاد مغزی در بیمارستان مطابق دستورالعمل مربوط
- [?] اطمینان از آشنایی کلیه پرسنل مرتبط با نحوه اجرای آن
- [?] مشاوره اورژانس و حضور متخصص نورولوژی بر اساس آخرین دستورالعمل آنکالی ابلاغی وزارت متبوع
- [?] انجام سی تی اسکن فوری بیمار بدون هرگونه تعلل / تاخیر
- [?] تزریق ترومبولیتیک به بیمار ۷۲۴ تشخیص داده شده / و در صورت فقدان دستگاه سی تی اسکن، پایدارسازی و اعزام بیمار براساس آخرین دستورالعمل ابلاغی وزارت متبوع
- این سنجه شامل تمامی بیمارستانها با انواع گرایش می باشد. مگر در مواردی که بیمارستان فاقد سی تی اسکن باشد که بایستی پس از پایداری بلافاصله اعزام شود.
- بیمار در بدو ورود مستقیماً به بخش سی تی اسکن مراجعه و ارزیابی های اولیه در این بخش توسط پزشک صورت پذیرد

استمرار مراقبت با شیوه ایمن و متناسب با شرایط بیماران سکنه حاد مغزی برنامه ریزی و ارائه میشود. سطح دو

- انتقال بیمار ۷۲۴ پس از اقدامات فوری به بخش های ICU/SCU در بیمارستانهای مشمول برنامه ۷۲۴
- مراقبت مستمر و مانیتورینگ بیمار توسط پرستار آموزش دیده مطابق دستورالعمل ابلاغی
- در صورت استقرار بیمار در بخش های عادی مراقبت مستمر و مانیتورینگ بیمار توسط پرستار آموزش دیده مطابق دستورالعمل ابلاغی برنامه ریزی و انجام شود

خدمات آنژیوگرافی با رضایت ضوابط مربوط و اصول کیفیت و ایمنی بیمار برنامه ریزی و ارائه میشود. سطح دو

- تدوین دستورالعمل اطمینان از آمادگی های قبل و مراقبت و پایش مستمر بیمار پس از آنژیوگرافی و آنژیوپالستی
- آگاهی و عملکرد کارکنان بر اساس دستورالعمل
- حضور پزشک تا پایان آنژیوگرافی در بخش و پس از پایداری شرایط بیمار(علایم حیاتی، کنترل خونریزی و ... (صدور دستور انتقال بیمار
- ثبت دستورات پس از آنژیوگرافی توسط پزشک در پرونده بیمار
- انجام اقدامات درمانی و مراقبتی پس از انتقال به بخش براساس دستورات
- ویزیت بیمار توسط پزشک در بخش پس از آنژیوگرافی
- پرستار بخش بایستی قبل از انتقال بیمار از آمادگی های لازم) زمان ناشتا بودن، جواب آزمایشات، شیو و حمام، رضایت آگاهانه و... (اطمینان یابد. انتقال ایمن بیمار براساس دستورالعمل نحوه جابجایی درون بخشی و بین بخشی بیماران به بخش آنژیوگرافی صورت پذیرد. بیمار و مستندات پرونده در بخش آنژیوگرافی کنترل و چک لیست آمادگی های
- قبل از آنژیوگرافی توسط پرستار تحویل گیرنده تائید و مهر و امضا شود. همچنین بایستی انتقال بیماران در زمانی که پرستار از آماده بودن اتاق اطمینان یافته و کنترل صحت
- تجهیزات انجام شده ، صورت پذیرفته و بیماران، در اتاق بدون مراقب منتظر نباشند.