تحلیل داده ها

شناسنامه شاخص های برنامه بهبود کیفیت

واحد کنترل عفونت

سال 1396

**فهرست شاخصهای کنترل عفونت :**

**1.میزان عفونت های بیمارستانی**

**2.تعداد مواجهات شغلی**

**3.میزان رعایت شستشوی دست**

**4.میزان رعایت استفاده از وسایل حفاظت فردی (گان – ماسک –دستکش - عینک – شیلد)**

|  |
| --- |
|  **بسمه تعالی** **بيمارستان شهيد آيت ا... مدني** **واحد بهبود کیفیت**  |
| **عنوان شاخص :**  میزان رعایت بهداشت دست  |
| **کد شاخص :** 1**صفحه :**1 **از 3** | **تاریخ آخرین بازنگری :** 31/11/96**تاریخ آخرین ابلاغ** :4/12/96 |

**تعریف شاخص:**

 درصد شستشوی صحیح دست پرسنل درمانی (در پنج موقعیت ) و هندراب در موقعیتهای اعلام شده انجام می دهند .

**اهمیت موضوع و چالش پیش‌ رو:**

عدم رعایت بهداشت دست مهمترین عامل در بروز5 عفونت بیمارستانی میباشد به همین دلیل کلیه پرسنلی که در ارتباط با بیماران می باشند جهت حفظ سلامت بیمار و خود موظف به شستن استاندارد دست می باشند .

نوع شاخص (**(Input, process, output, outcome**: **process**

**فرمول شاخص:**

100×تعداد دفعات شستن دست در یک مقطع زمانی کنترل شده در یک بخش

تعداد کل اندیکاسیون شستن دست در همان بخش

**تعریف صورت شاخص:.**

تعدادرعایت بهداشت دست در یک مقطع زمانی کنترل شده در یک بخش

**تعریف مخرج شاخص:**

تعداد کل اندیکاسیون شستن دست درهمان بخش

**منبع و گردآورندة شاخص**: چک لیست بهداشت دست

**تناوب جمع‌آوری شاخص**: شش ماه یکبار

**فرد مسئول:** اعضا کمیته و تیم کنترل عفونت

**نحوه و سطح گزارش دهی:**

مسئول کنترل عفونت طبق برنامه زمانبندی شده بر اساس چک لیست بهداشت دست پرسنل هر بخش را پایش نموده و موارد خطا را جمع آوری مینماید و با مقایسه با استاندارد جهت رفع آن و آموزش پرسنل برنامه ریزی می کند . موارد را به مسئولین بخش های مورد نظر اعلام می کند تا ایشان نیز بر بهداشت صحیح دست پرسنل نظارت داشته باشد .

**تناوب گزارش دهی:** شش ماه یکبار

**نحوة ارائه بازخورد :** هر شش ماه یکبار نتایج تحلیل و بر اساس آن جهت پرسنل ی که نیاز به آموزش دارند برنامه ریزی و یا در صورتیکه تجهیزاتی در این زمینه مورد نیاز باشد پیگیری می شوند .

|  |
| --- |
|  **بسمه تعالی** **بيمارستان شهيد آيت ا... مدني** **واحد بهبود کیفیت**  |
| **عنوان شاخص :**  میزان رعایت بهداشت دست  |
| **کد شاخص :** 1**صفحه :**2 **از 3** | **تاریخ آخرین بازنگری :** 31/11/96**تاریخ آخرین ابلاغ** :4/12/96 |

**تناوب ارائه بازخورد**: 6ماهه

 **واحد اندازه‌گیری شاخص:** درصد

**کیفیت اطلاعات :**

**آمار درصد خطا در انجام شستشوی صحیح دست در سال 1396**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ماهبخش | شش ماهه اول | شش ماهه دوم |
| بخش CCU2 | **33.4%** | **33.9%** |
| بخش ccu1 | **24.5%** | **25.6%** |
| بخش قلب | **33.4%** | **35%** |
| اورژانس قلب | **27.3%** | **28.3%** |
| csicu | **30.3%** | **33.6%** |
|  اتاق عمل | **63.7%** | **69%** |
| تالاسمی | **39.4%** | **38.6%** |
| نوزادان  | **54.5%** | **60.3%** |
| انکولوژی  | **36.4%** | **44.3%** |
| اورژانس اطفال | **30.3%** | **33.6%** |
| جنرال | **27.3%** | **36.3%** |

|  |
| --- |
|  **بسمه تعالی** **بيمارستان شهيد آيت ا... مدني** **واحد بهبود کیفیت**  |
| **عنوان شاخص :**  میزان درصد شستشوی صحیح دست  |
| **کد شاخص :** 1**صفحه :**3 **از 3** | **تاریخ آخرین بازنگری :** 31/11/96**تاریخ آخرین ابلاغ** :4/12/96 |

**میزان هدف Target:** پیش بینی می شود که در شش ماهه اول سال 1397 ، درصد خطا در رعایت بهداشت دست در این بخش به میزان بیشتر از 70% برسد

اقدامات و ابتکارات اجرایی:

1.فرهنگ سازی شستن دست برای کلیه پرسنل

* شعار هفتگی دربخشها و مکانها پرتردد نصب گردد
* شعار بهداشتی بالای فرمها و برگه های اداری نوشته شود.
* پمفلت بهداشت دست نهیه شود.
* شعار در سیستم HIS وارد و به اطلاع پرسنل رسانده شود.
* آموزش چهره به چهره دست شستن به خدمات داده شود.
* افزایش مقدار مانوسیت تحویلی به بخشها.

2.آموزش به پرسنل در زمینه انجام صحیح شستن دست طبق استاندارد

3.انجام شستشوی دست طبق مراحل استاندارد بر اساس 5 موقعیت

4.تهیه ملزومات لازم مانند دستمال کاغذی- دیسپنسر هندراب و...

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **نام و نام خانوادگي تهيه كننده:**فروزان گوهری (مسئول بهبود کیفیت) مریم عزیزی (مسئول کنترل عفونت )**امضاء:** **E:\اعتباربخشي\عملكرد واحد اعتبار بخشي\امضاهای اسکن شده\گوهری.jpg**  | **تایید کننده:**فروزان گوهری (مسئول بهبود کیفیت)**امضا:** E:\اعتباربخشي\عملكرد واحد اعتبار بخشي\امضاهای اسکن شده\گوهری.jpg | **نام و نام خانوادگي تصويب كننده( رئیس بیمارستان):**  دکتر غلامرضا بیرانوند **امضا:** |

|  |
| --- |
|  **بسمه تعالی** **بيمارستان شهيد آيت ا... مدني** **واحد بهبود کیفیت**  |
| **عنوان شاخص :**  تعداد مواجهات شغلی |
| **کد شاخص : 2****صفحه :1از 3** | **تاریخ آخرین بازنگری :** 31/11/96**تاریخ آخرین ابلاغ** :4/12/96 |

**تعریف شاخص :**

 تعداپرسنلی که دردوره زمانی مشخص دچارمواجهات شغلی شده اند به کل پرسنل موجود بیمارستان در آن زمان

**اهمیت موضوع و چالش پیش‌ رو:**

نوع شاخص (**(Input, process, output, outcome**: **process**

**فرمول شاخص:**

تعداد موارد نیدل استیک و برخورد با اجسام تیز و برنده گزارش شده ×100

کل کارکنان بالینی در یک بخش

**تعریف صورت شاخص** **:**

 پرسنلی که با موادنوک تیزوبرنده و... درزمان انجام فعالیت دربیمارستان مواجهه میشوند

**تعریف مخرج شاخص:**

 تعدادکل پرسنل درمانی بیمارستان درمحدوه زمانی مشخص

**منبع و گردآورندة شاخص**: فرم نیدل استیک

**تناوب جمع‌آوری شاخص**: 3ماهه

**فرد مسئول:** اعضا کمیته و تیم کنترل عفونت

**نحوه و سطح گزارش دهی:** پرسنل درصورت نیدل استیک شدن به پرستارکنترل عفونت یا سوپروایزروقت اطلاع داده بعد ازانجام اقدامات در فرم نیدل استیک ثبت می شود وبه کنترل عفونت دانشگاهی ارسال می شود

**تناوب گزارش دهی:** 3ماهه

**نحوة ارائه بازخورد :**  **به صورت شش ماه یکبار نتایج به دست آمده از شاخص جهت تجزیه و تحلیل آن در کمیته بهبود کیفیت و تیم مدیریت اجرایی مطرح می شود. و پس از تصویب مصوبات و طرح ریزی اقدامات اصلاحی، بازخورد جلسه و نتایج تجزیه و تحلیل به تمامی واحد ها اطلاع داده می شود**

|  |
| --- |
|  **بسمه تعالی** **بيمارستان شهيد آيت ا... مدني** **واحد بهبود کیفیت**  |
| **عنوان شاخص :**  تعداد مواجهات شغلی |
| **کد شاخص :**  **2****صفحه :** **2از3** | **تاریخ آخرین بازنگری :** 31/11/96**تاریخ آخرین ابلاغ** :4/12/96 |

**تناوب ارائه بازخورد**:3 ماهه

 **واحد اندازه‌گیری شاخص:** درصد

**کیفیت اطلاعات :**

**آمار درصد خطا در انجام مواجهات در سال 1396**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ماهبخش | جمع بندی سه ماهه چهارم | جمع بندی سه ماهه سوم | جمع بندی سه ماهه دوم | جمع بندی سه ماهه اول |
| **بخش CCU2** | **صفر** | **صفر** | **صفر** | **صفر** |
| **بخش ccu1** | **صفر** | **صفر** | **صفر** | **صفر** |
| **بخش قلب** | **6.6%** | **6.6%** | **صفر** | **صفر** |
| **اورژانس قلب** | **صفر** | **صفر** | **صفر** | **صفر** |
| **csicu** | **صفر** | **2.7%** | **صفر** | **صفر** |
|  **اتاق عمل** | **صفر** | **صفر** | **3.1%** | **صفر** |
| **انژیوگرافی** | **صفر** | **12.5%** | **صفر** | **صفر** |
| **نوزادان**  | **8.3%** | **صفر** | **صفر** | **صفر** |
| **انکولوژی** | **11.1%** | **صفر** | **صفر** | **صفر** |
| **اورژانس اطفال** | **1%** | **صفر** | **5%** | **صفر** |
| **جنرال** | **صفر** | **صفر** | **صفر** | **صفر** |
|  **nicu** | **صفر** | **صفر** | **صفر** | **** |
| **درمانگاه**  | **صفر** | **صفر** | **12.5%** | **صفر** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  **بسمه تعالی** **بيمارستان شهيد آيت ا... مدني** **واحد بهبود کیفیت**  |
| **عنوان شاخص :**  تعداد مواجهات شغلی |
| **کد شاخص :**  **2****صفحه :** **3از 3** | **تاریخ آخرین بازنگری :** 31/11/96**تاریخ آخرین ابلاغ** :4/12/96 |

**میزان هدف Target:**  **پیش بینی می شود که میانگین این شاخص در شش ماهه اول سال1397 کاهش یابد**

اقدامات و ابتکارات اجرایی:

1 –تزریق واکسن برای تمامی پرسنل با تیترپایین ونقص ایمنی

2-درخواست تهیه کیت چک آنتی بادی برای پرسنل

3-اتصال سر ست سرم به آن به جای وصل نمودن نیدل

4-قراردادن سفتی باکس ها در حد زیرخط کمر

5.استفاده از دستکش لاتکس حین استفاده از وسایل نوک تیز و برنده

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **نام و نام خانوادگي تهيه كننده:**فروزان گوهری (مسئول بهبود کیفیت) معصومه اشرفی (مسئول کنترل عفونت )**امضاء:** **E:\اعتباربخشي\عملكرد واحد اعتبار بخشي\امضاهای اسکن شده\گوهری.jpg**  | **تایید کننده:**فروزان گوهری (مسئول بهبود کیفیت)**امضا:** E:\اعتباربخشي\عملكرد واحد اعتبار بخشي\امضاهای اسکن شده\گوهری.jpg | **نام و نام خانوادگي تصويب كننده( رئیس بیمارستان):**  دکتر غلامرضا بیرانوند **امضا:** |

|  |
| --- |
| **بسمه تعالی****بيمارستان شهيد آيت ا... مدني****واحد بهبود کیفیت** |
| **عنوان شاخص :**  میزان عفونتهای بیمارستانی  |
| **کد شاخص :3****صفحه :1از 3** | **تاریخ آخرین بازنگری :** 31/11/96**تاریخ آخرین ابلاغ** :4/12/96 |

**تعریف شاخص :**

 تعداد بیماران دچارعفونت بیمارستانی (48 تا 72ساعت بعد از بستری دچارعفونت شده اند ) به تعداد کل ترخیص شده ها درهمان دوره

**اهمیت موضوع و چالش پیش‌ رو:** با توجه به اهمیت کنترل عفونت وپیشگیری از انتقال عفونت وبالابردن سطح ارائه خدمات ثبت این بیماران ضروری می باشد

نوع شاخص (**(Input, process, output, outcome**: **process**

**فرمول شاخص:** تعداد عفونتهای ایجاد شده در بیمارستان در یک دوره × 100

تعداد کل مرخص شدگان و فوت شدگان درهمان دوره

**تعریف صورت شاخص** **:** تعداد عفونتهای ایجاد شده در بیمارستان در یک دوره

**تعریف مخرج شاخص:**  تعداد کل مرخص شدگان و فوت شدگان درهمان دوره

**منبع و گردآورندة شاخص**: فرم شماره 1 و2

**تناوب جمع‌آوری شاخص**: 3ماهه

**فرد مسئول:** اعضا کمیته و تیم کنترل عفونت

**نحوه و سطح گزارش دهی:**

 توسط پرستارکنترل عفونت بصورت روزانه کشته ها از ازمایشکاه میکروب شناسی دریافت می شود جوابهای مثبت به اطلاع بخش می رسد سپس پرونده بیمارموردمطالعه قرارمی گیرد وپس ازمشورت با فوق تخصص عفونی برای بیمار فرم شماره یک پرمی شود

**تناوب گزارش دهی:** 3 ماهه

**نحوة ارائه بازخورد :** : **به صورت سه ماه یکبار نتایج به دست آمده از شاخص جهت تجزیه و تحلیل آن در کمیته بهبود کیفیت و تیم مدیریت اجرایی مطرح می شود. و پس از تصویب مصوبات و طرح ریزی اقدامات اصلاحی، بازخورد جلسه و نتایج تجزیه و تحلیل به تمامی واحد ها اطلاع داده می شود**

|  |
| --- |
|  **بسمه تعالی** **بيمارستان شهيد آيت ا... مدني** **واحد بهبود کیفیت**  |
| **عنوان شاخص :**  میزان عفونتهای بیمارستانی |
| **کد شاخص :**  **3****صفحه : 2 از 3** | **تاریخ آخرین بازنگری :** 31/11/96**تاریخ آخرین ابلاغ** :4/12/96 |

**تناوب ارائه بازخورد**:3ماهه

 **واحد اندازه‌گیری شاخص:** درصد

**کیفیت اطلاعات :**

**آمار درصد خطا در سال 1396**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ماهبخش | جمع بندی سه ماهه چهارم | جمع بندی سه ماهه سوم | جمع بندی سه ماهه دوم | جمع بندی سه ماهه اول |
| **بخش CCU2** | **03%** | **0%** | **0.13%** | **0%** |
| **بخش ccu1** | **0%** | **0.75%** | **0.53%** | **1.89%** |
| **بخش قلب** | **0%** | **0%** | **0.13%** | **0.49%** |
| **اورژانس قلب** | **0%** | **0.23%** | **0.16%** | **0%** |
| **csicu** | **2.5%** | **3.5%** | **1.96%** | **0.13%** |
|  **اتاق عمل** | **0%** | **0%** | **0%** | **0%** |
| **نوزادان**  | **4%** | **3.5%** | **3.6%** | **1.85%** |
| **انکولوژی** | **19.2%** | **14.8%** | **15.5%** | **7.3%** |
| **اورژانس اطفال** | **1.66%** | **2.86%** | **2.3%** | **1.84%** |
| **جنرال** | **4%** | **4.1%** | **3.92%** | **2.43%** |

|  |
| --- |
|  **بسمه تعالی** **بيمارستان شهيد آيت ا... مدني** **واحد بهبود کیفیت**  |
| **عنوان شاخص :** میزان عفونتهای بیمارستانی |
| **کد شاخص :**  **3****صفحه :** **3 از 3** | **تاریخ آخرین بازنگری :** 31/11/96**تاریخ آخرین ابلاغ** :4/12/96 |

**میزان هدف Target:**  **پیش بینی می شود که میانگین این شاخص در 3 ماهه اول سال 1397 کاهش یابد**

اقدامات و ابتکارات اجرایی:

1 .باتوجه به بالا بودن آمار کشت ادرار مثبت دربخش اورژانس اطفال شستن ظرف ارسال نمونه های کشت ادرار هر هفتاد دو ساعت با مواد دترجنت وتغییر مکان قرار گرفتن ظرف

2.کدبندی پرسنل و بخشها جهت ارسال نمونه کشت خون

3.آموزش دررابطه بانحوه صحیح گرفتن کشت ادرار و خون

4.پیگیری مقاومت میکروبی بیمارستان هر سه ماه یکبار

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **نام و نام خانوادگي تهيه كننده:**فروزان گوهری (مسئول بهبود کیفیت) مریم عزیزی (مسئول کنترل عفونت )**امضاء:** **E:\اعتباربخشي\عملكرد واحد اعتبار بخشي\امضاهای اسکن شده\گوهری.jpg**  | **تایید کننده:**فروزان گوهری (مسئول بهبود کیفیت)**امضا:** E:\اعتباربخشي\عملكرد واحد اعتبار بخشي\امضاهای اسکن شده\گوهری.jpg | **نام و نام خانوادگي تصويب كننده( رئیس بیمارستان):**  دکتر غلامرضا بیرانوند **امضا:** |

|  |
| --- |
| **بسمه تعالی****بيمارستان شهيد آيت ا... مدني****واحد بهبود کیفیت** |
| **عنوان شاخص :**  میزان رعایت استفاده از وسایل حفاظت فردی  |
| **کد شاخص :4****صفحه :1از3** | **تاریخ آخرین بازنگری :** 31/11/96**تاریخ آخرین ابلاغ** :4/12/96 |

**تعریف** :احتیاط های استاندارد جایگزین احتیاطهای همه جانبه یا عمومی شده است و رعایت ان ضروری است .

**شاخص :**

**اهمیت موضوع و چالش پیش‌ رو:**

.

نوع شاخص (**(Input, process, output, outcome**: **process**

**فرمول شاخص:**

نسبت تعداد دفعات پوشیدن (دستکش،گان ، ماسک ، عینک ) در یک مقطع زمانی کنترل شده دریک بخش ×100

تعداد دفعاتی که نیاز به پوشیدن ( دستکش ،گان ،ماسک ،عینک )وجود دارد

**تعریف صورت شاخص** **:**

 نسبت تعداد دفعات پوشیدن (دستکش گان ماسک عینک )در یک مقطع زمانی کنترل شده در یک بخش

**تعریف مخرج شاخص:** تعداد دفعاتی که نیاز به پوشیدن ( دستکش ،گان ،ماسک ،عینک )وجود دارد

**منبع و گردآورندة شاخص**:

**تناوب جمع‌آوری شاخص**: 3 ماهانه

**فرد مسئول:** تیم کنترل عفونت

**نحوه و سطح گزارش دهی:**

**تناوب گزارش دهی:** 6ماهه

**نحوة ارائه بازخورد :** **به صورت شش ماه یکبار نتایج به دست آمده از شاخص جهت تجزیه و تحلیل آن در کمیته بهبود کیفیت و تیم مدیریت اجرایی مطرح می شود. و پس از تصویب مصوبات و طرح ریزی اقدامات اصلاحی، بازخورد جلسه و نتایج تجزیه و تحلیل به تمامی واحد ها اطلاع داده می شود**

|  |
| --- |
|  **بسمه تعالی** **بيمارستان شهيد آيت ا... مدني** **واحد بهبود کیفیت**  |
| **عنوان شاخص** : میزان رعایت استفاده از وسایل حفاظت فردی |
| **کد شاخص :**  **4****صفحه :** **2 از3** | **تاریخ آخرین بازنگری :** 31/6/96**تاریخ آخرین ابلاغ** :4/7/96 |

**تناوب ارائه بازخورد**:شش ماهه

 **واحد اندازه‌گیری شاخص:** درصد

**کیفیت اطلاعات :**

**آمار درصد خطا در سال1396**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ماهبخش | شش ماهه اول  | شش ماهه دوم  |
| بخش ccu1 | **28.5%** | **28.6%** |
| بخش قلب | **23.8%** | **23.9%** |
| اورژانس قلب | **33.3%** | **33.8%** |
| csicu | **42.8%** | **41%** |
|  اتاق عمل | **66.6%** | **66.6%** |
| انژیوگرافی | **38%** | **38.6%** |
| نوزادان  | **28.5%** | **28.9%** |
| انکولوژی | **23.8%** | **24%** |
| اورژانس اطفال | **28.5%** | **28.6%** |
| جنرال | **33.3%** | **33.6%** |

|  |
| --- |
|  **بسمه تعالی** **بيمارستان شهيد آيت ا... مدني** **واحد بهبود کیفیت**  |
| **عنوان شاخص :** میزان رعایت استفاده از وسایل حفاظت فردی |
| **کد شاخص :**  **4****صفحه :** **3 از 3** | **تاریخ آخرین بازنگری :** 31/11/96**تاریخ آخرین ابلاغ** :4/12/96 |

**میزان هدف Target:**  **پیش بینی می شود که میانگین این شاخص در شش ماهه اول سال 1397 افزایش یابد**

اقدامات و ابتکارات اجرایی:

* شعار هفتگی دربخشها و مکانها پرتردد نصب گردید
* پمفلت استفاده از وسایل حفاظت فردی نهیه شود.
* شعار در سیستم HIS وارد و به اطلاع پرسنل رسانده شود.
* آموزش چهره به چهره استفاده از وسایل حفاظت فردی به پرسنل داده شود.
* نصب دیسپنسر دستکش در بخشها
* نصب باکس حفاظت فردی در ورودی اتاق ایزوله
* آموزش به پرسنل در زمینه استفاده صحیح ازوسایل حفاظت فردی

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **نام و نام خانوادگي تهيه كننده:**فروزان گوهری (مسئول بهبود کیفیت) مریم عزیزی (مسئول کنترل عفونت )**امضاء:** **E:\اعتباربخشي\عملكرد واحد اعتبار بخشي\امضاهای اسکن شده\گوهری.jpg**  | **تایید کننده:**فروزان گوهری (مسئول بهبود کیفیت)**امضا:** E:\اعتباربخشي\عملكرد واحد اعتبار بخشي\امضاهای اسکن شده\گوهری.jpg | **نام و نام خانوادگي تصويب كننده( رئیس بیمارستان):**  دکتر **غلامرضا بیرانوند** **امضا:** |