

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

کارگاه آشنایی با استانداردهای ملی ارزیابی و اعتباربخشی آموزشی بیمارستانها و مراکز آموزشی درمانی



دکتر الهام احسانی فرید
مسئول واحد ارزشیابی برنامه و اعتباربخشی



دکتر مریم آویژگان
استادیار گروه آموزش پزشکی

خرداد ۱۴۰۳

اهداف کارگاه آموزشی

بخش اول

- آشنایی با تعریف، فلسفه، مفهوم و ویژگی اعتباربخشی آموزشی بیمارستان ها و مراکز آموزشی درمانی
- آشنایی با تاریخچه و مدیریت فرایند ارزیابی و اعتباربخشی آموزشی بیمارستانها
- آشنایی با منشور اخلاقی اعتباربخشی ها
- آشنایی با شاخص های کارگروه تخصصی نظام اعتباربخشی ملی

بخش دوم

- آشنایی با ویژگی های کلیدی جمع آوری مستندات برای استانداردها
- کسب توانایی در بررسی استانداردهای ملی ارزیابی و اعتباربخشی آموزشی به تفکیک هر محور

بخش اول کارگاه آموزشی

تعریف اعتباربخشی بیمارستان های آموزشی

اعتباربخشی بیمارستان های آموزشی

ارزیابی سیستماتیک مراکز ارائه خدمات سلامت با استانداردهای مشخص که استانداردها بر سه نکته تاکید دارند:

بهبود مستمر کیفیت خدمات آموزشی درمانی

بیمار محوری

بهبود ایمنی بیمار و کارکنان

فلسفه و مفهوم اعتبار بخشی

ارتقای کیفیت در قلب فلسفه اعتبار بخشی جای دارد و معنای آن این است که هر فرد از موسسه آموزشی اعم از کارکنان و استادان و فراگیران درگیر برنامه عملی ارزیابی و اصلاح فرآیندهای بهبود ارایه خدمات قرار دارند.



اهداف اعتباربخشی بیمارستان ها

- استانداردسازی خدمات بیمارستانی
- تضمین کیفیت و ارتقای مستمر کیفیت خدمات
- ارتقای ایمنی خدمات
- بیمارمحوری
- ارتقای سیستم مدیریت بیمارستان
- تبدیل مراکز به سازمان های یادگیرنده و به روز

مؤلفه های اعتباربخشی آموزشی بیمارستانها

مؤلفه های اعتباربخشی آموزشی

هر گاه به مفهوم کیفیت توجه میکنیم باید به ابعاد آن پردازیم عبارتی باید دید این نگهداری و بهبود کیفیت چه ذینفعانی دارد.

موسسه (بیمارستان)

کارکنان

استادان

فراگیران

بیماران: نماینده جامعه

اگرچه جامعه هم میخواهد اطمینان حاصل کند که بهترین خدمات را دریافت می کند

استانداردهای اعتباربخشی آموزشی با توجه به ذینفعان پیشگفت و با توجه به موارد ذیل تدوین می شود:

نظر متخصصان ، مشورت و توافق

شواهد و مقالات و متون علمی
(روش تلفیقی)

برنامه ها و سیاست ها

قوانین و مقررات و اسناد
بالادستی

مطالعه استانداردهای سایر
کشورها(روش اقتباسی)

اهمیت استانداردهای اعتباربخشی

استانداردها مبنای داوری هستند.

استانداردها دستورالعمل ها و خطوط راهنما را برای موسسات مشخص می کنند.

استانداردها مانند یک خط کش عمل می کنند و کیفیت بر اساس آنها سنجش می شود.

استانداردها نشان دهنده شرایطی هستند که باید برای دستیابی به یک هدف معین رعایت شود.

ویژگی استانداردهای اعتباربخشی

مرتبط بودن

Relevant

مناسب بودن

Appropriate

با معنی بودن

Meaningful

قابل قبول

Accepted by users

قابل دستیابی

Achievable

قابل اندازه گیری

Measurable

ماهیت پویا

Dynamic Nature

مشوق بهبود و اصلاح

Motivator for
Improvement

به رسمیت شناختن

تنوع
Recognize Diversity

تاریخچه اعتباربخشی بیمارستان ها

ارزشیابی بیمارستان ها در ایران ابتدا به صورت ساختاری و بر اساس فضای فیزیکی، تجهیزات و نیروی انسانی بوده است.

طی حدود ۵۰ سال اخیر شامل ۴ دوره می باشد:

○ دوره اول (۱۳۴۱-۱۳۶۱): بر اساس چک لیست های ۲۱ قسمتی و بخش های مراکز درمانی دولتی توسط وزارتخانه ارزیابی می شدند.

○ دوره دوم (۱۳۶۵-۱۳۷۶): بیمارستان های خصوصی و خیریه هم تحت پوشش ارزشیابی قرار گرفتند و مسئولیت ارزشیابی به دانشگاه های علوم پزشکی واگذار شد.

ادامه تاریخچه

- دوره سوم (۱۳۸۹-۱۳۷۶): ارزشیابی بر اساس فرم های "الف و ب" انجام می شد که فرم "الف" مربوط به اورژانس و فرم "ب" مربوط به سایر قسمت های بیمارستان بود. در این دوره ارزشیابی اورژانس در تعیین درجه بیمارستان ها اهمیت بیشتری داشت.
- دوره چهارم (۱۳۹۰) به بعد: ارزشیابی بیمارستان ها با ماهیت کیفی و به ترتیب بر اساس استانداردهای حاکمیت بالینی، اعتباربخشی درمانی و اعتباربخشی آموزشی که توسط وزارت بهداشت تدوین گردید و اجرا می شود.

مدیریت اعتباربخشی آموزشی بیمارستانها

دبیرخانه اعتباربخشی آموزشی بیمارستانها

پس از واگذاری اجرای اعتباربخشی مراکز آموزشی درمانی کشور به دانشگاه علوم پزشکی ایران در دی ماه ۱۳۹۴، دبیرخانه اجرایی طرح زیر نظر معاون آموزشی و در مرکز مطالعات و توسعه آموزش این دانشگاه تشکیل گردید.

استانداردهای اعتباربخشی آموزشی بیمارستانها

نسخه اولیه استانداردهای اعتباربخشی آموزشی بیمارستان ها

درصد از امتیاز کل	نتیجه ارزیابی
۱۰۰ (یا کسب ۱۰۰٪ امتیاز کاملاً ضروری)	تائید کامل (۲ ساله)
۷۵-۹۹/۹۹	تائید یکساله
۶۰-۷۴/۹۹	تائید مشروط یکساله
۵۰-۵۹/۹۹	تائید مشروط شش ماهه
۵۰<	اخطار آموزشی

شامل ۹ محور، ۸۱ استاندارد و ۹۱ سنجه بود. از این استانداردها :

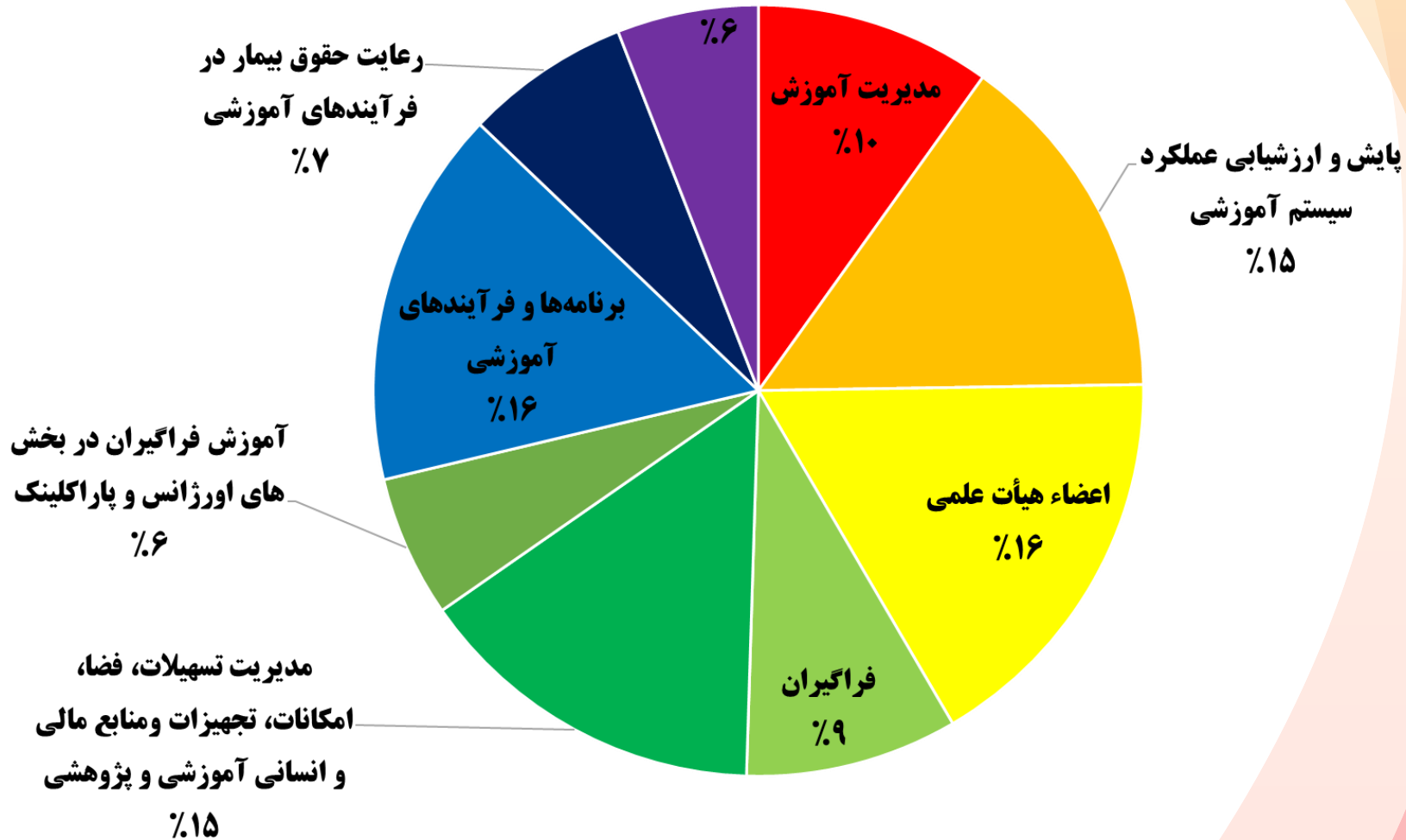
۴۴ کاملاً ضروری

۳۱ ضروری

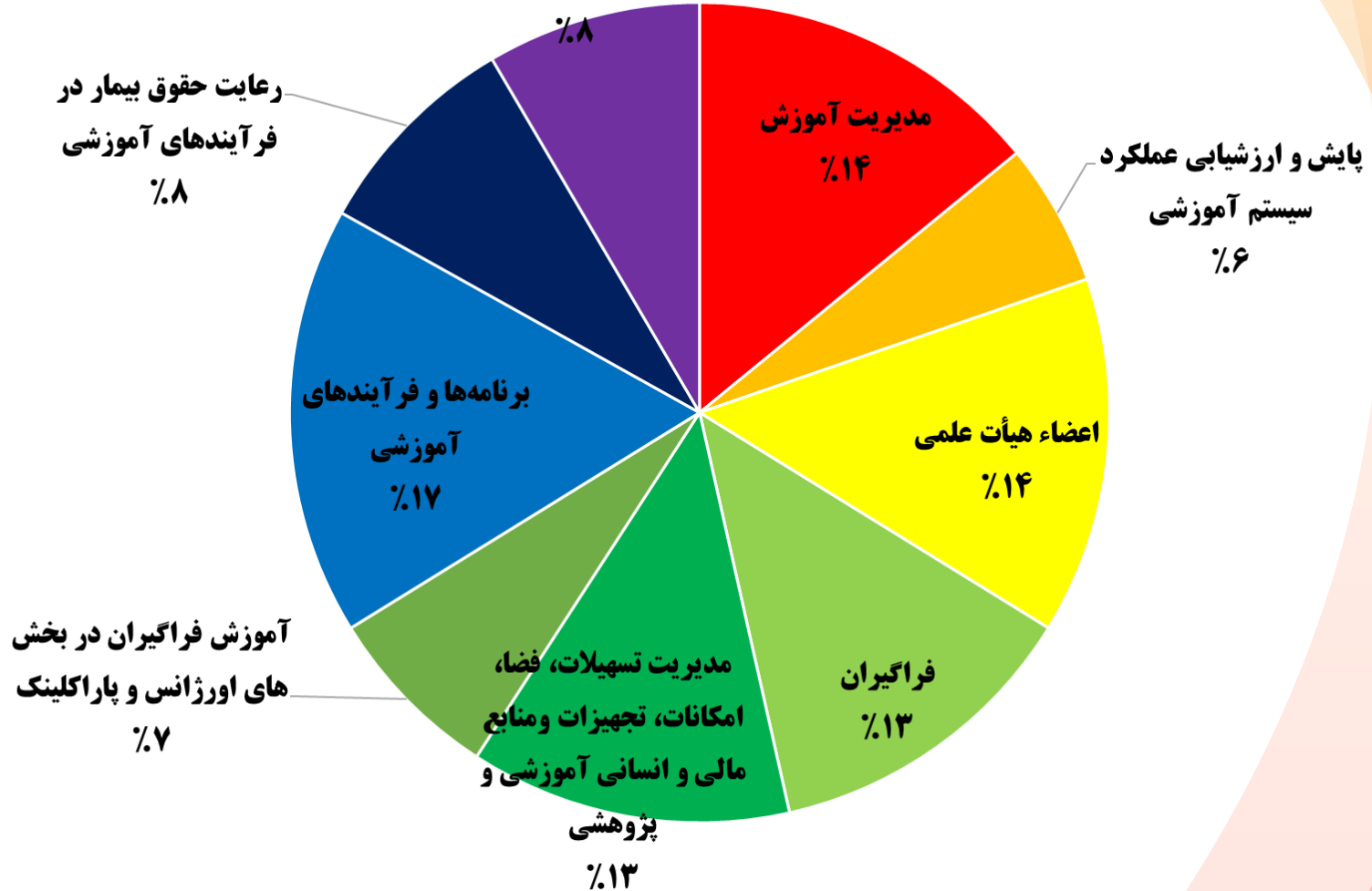
۱۶ توسعه ای

امتیاز کل ۵۳۳

بیمارستان عرصه پژوهش های بالینی



بیمارستان عرصه پژوهش های بالینی



بازبینی سوم استانداردهای ملی اعتباربخشی آموزشی بیمارستان ها

در سال ۱۴۰۲ استانداردهای اعتباربخشی مجدداً توسط تیم کمیته بازنگری (کلیه اعضای تیم که در استقرار اعتباربخشی آموزشی بیمارستان ها مشارکت فعال داشتند، از دانشگاه ها و رشته های مختلف، بیمارستان های جنرال و تک تخصصی و سطوح مختلف مسئولیت های مدیریتی بودند) مورد بازنگری قرار گرفت.



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت آموزش

شورای کسرتش دانشگاهها و دانشکدههای علوم پزشکی
کمیسیون ملی اعتباربخشی

**استانداردهای ملی
ارزیابی و اعتباربخشی
بیمارستانها و مراکز آموزشی درمانی
جمهوری اسلامی ایران**

(ویرایش ۱۴۰۲-۱۴۰۱)

عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

جناب آقای دکتر مجید فصیحی هرندی

عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان

سرکار خانم دکتر نیکو یمانی

عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان

معاونین محترم آموزشی دانشگاه ها / دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سراسر کشور

موضوع: ابلاغ استانداردهای ملی ارزیابی و اعتباربخشی بیمارستان ها و مراکز آموزشی درمانی به دانشگاههای علوم پزشکی

سلام علیکم

احتراماً، به پیوست استانداردهای ملی ارزیابی و اعتباربخشی بیمارستان ها و مراکز آموزشی درمانی

مصوب دویمین جلسه مورخ ۱۴۰۲/۰۴/۰۶ شورای گسترش دانشگاههای علوم پزشکی به شماره

۵۰۰/۵۳۸۲ مورخ ۱۴۰۲/۰۷/۰۹، جهت استحضار و اقدام ارسال می گردد.

دکتر ابوالفضل باقری فرد
معاون آموزشی و
دبیر شورای آموزش پزشکی و تخصصی

استانداردهای ملی ارزیابی و اعتباربخشی آموزشی بیمارستان ها

ویرایش ۱۴۰۱-۱۴۰۲

ترتیب محورها بر اساس موضوع تنظیم شده است. ابتدا محورهای کلی سخت افزاری و نیروی انسانی؛ محورهای (۱)، (۲)، (۳) و (۴) قرار گرفته و در ادامه محورهای نرم افزاری؛ (۵)، (۶)، (۷)، (۸) و (۹) قرار دارد.

شامل ۹ محور، ۶۵ استاندارد و ۷۱ سنجه است. از این استانداردها:

۲۴۴ امتیاز الزامی / پایه

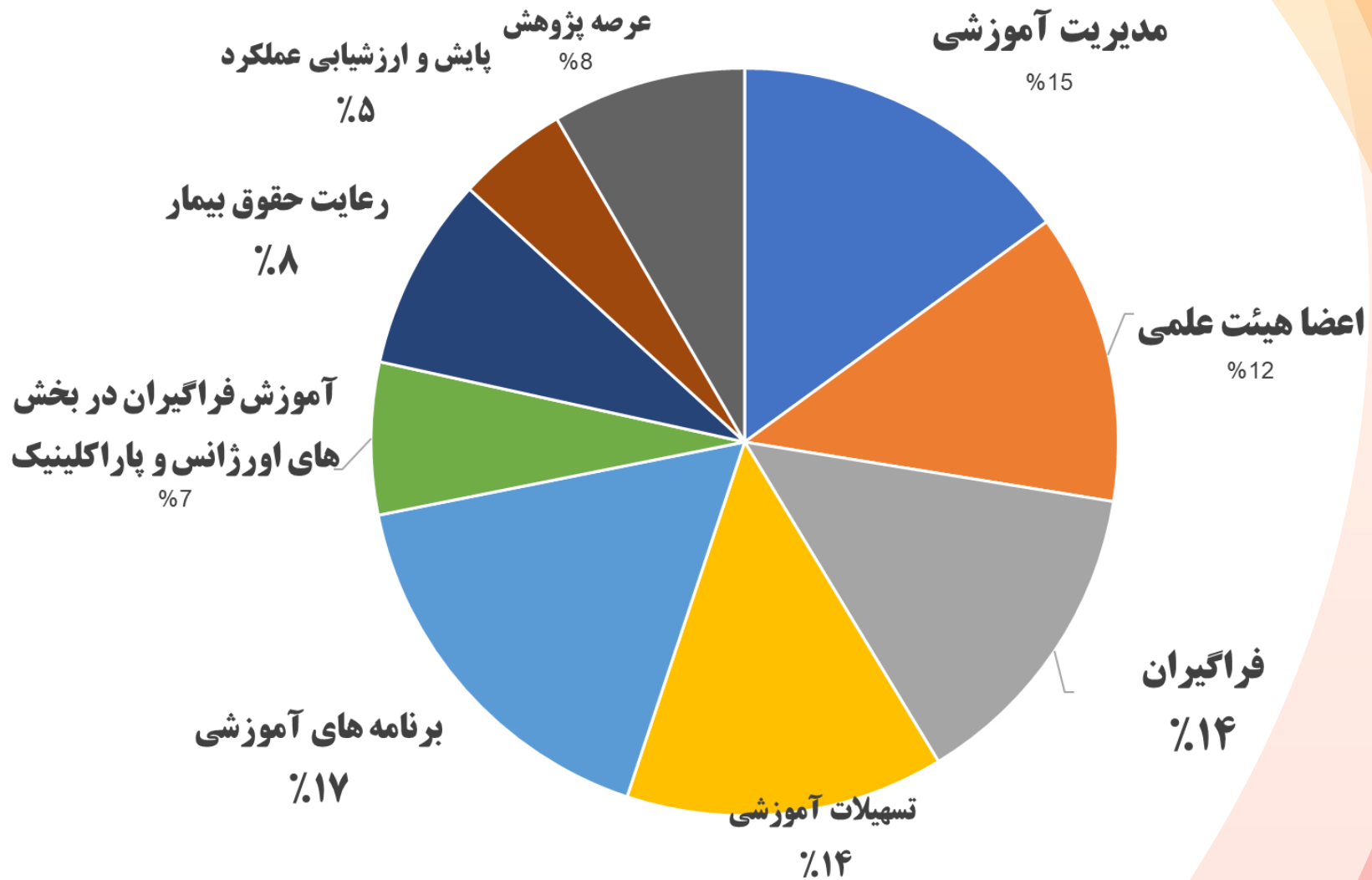
۹۰ امتیاز ترجیحی

امتیاز کل ۳۳۴

جدول امتیازات اعتباربخشی بیمارستانها و مراکز آموزشی درمانی

۹ محور - ۶۵ استاندارد - ۷۱ سنجه - ۴۸ سنجه الزامی یا پایه - ۲۳ سنجه ترجیحی

توضیحات	جمع امتیاز	امتیاز ترجیحی	امتیاز پایه	محور ارزیابی
	۵۰	۴	۴۶	۱ تیم مدیریت در مراکز آموزشی درمانی
	۴۲	۲۴	۱۸	۲ اعضای هیات علمی
	۴۶	۱۰	۳۶	۳ فراگیران
	۴۶	۸	۳۸	۴ مدیریت تسهیلات، فضاها، امکانات، تجهیزات و منابع مالی و انسانی
	۵۶	۱۲	۴۴	۵ برنامه‌ها و فرآیندهای آموزشی
	۲۲	۸	۱۴	۶ آموزش فراگیران در بخش‌های اورژانس و باراکلینیک
	۲۸	۴	۲۴	۷ رعایت حقوق بیمار در فرآیندهای آموزشی
	۱۶	۴	۱۲	۸ پایش و ارزشیابی عملکرد سیستم آموزشی
	۲۸	۱۶	۱۲	۹ بیمارستان‌های آموزشی به عنوان عرصه پژوهش‌های بالینی
	۳۳۴	۹۰	۲۴۴	جمع امتیاز

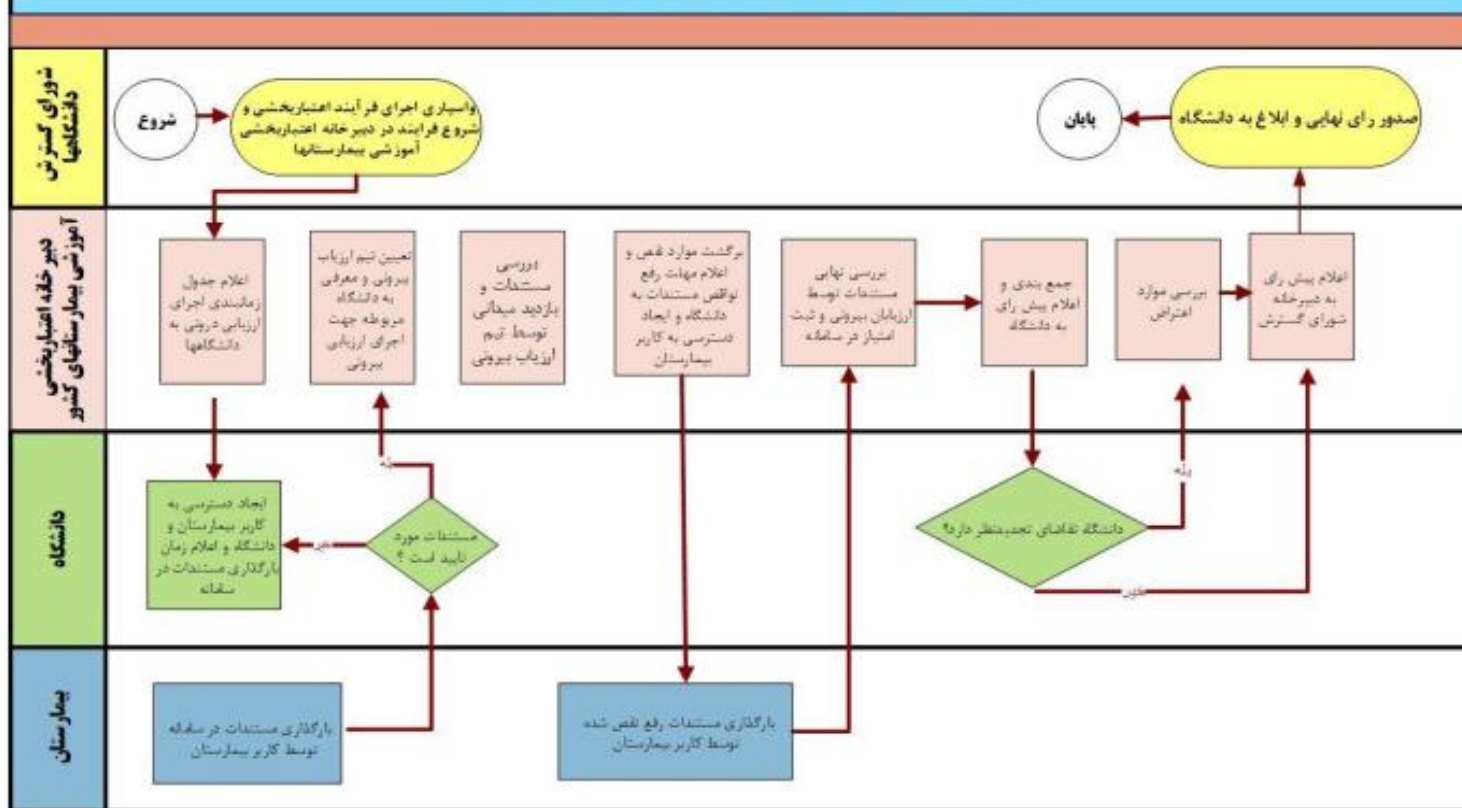


ویژگی دستورالعمل جدید ارزیابی و اعتباربخشی بیمارستان ها

- دسته بندی سنجه ها در دو سطح پایه / الزامی (رنگ قهوه ای) و ترجیحی (رنگ سبز)
- دو مولفه ضریب دستیابی و اهمیت آموزشی دریکدیگر ادغام شده و به صورت وزن سنجه محاسبه شده
- استانداردهای مربوط به بیمارستان های جنرال و تک تخصصی مشخص شده
- جابجایی برخی سنجه ها با توجه به ارتباط موضوعی به محور مربوطه
- تغییر امتیازات هر سنجه از تقریب و اعشار به عدد صحیح
- تجمیع سنجه هایی که همپوشانی داشته و تکراری بوده
- همگرایی استانداردها با دستورالعمل اجرایی اورژانس بیمارستانی

فرایند ارزیابی و اعتباربخشی آموزشی بیمارستانها

فرآیند ارزیابی و اعتباربخشی آموزشی مراکز آموزشی - درمانی



جدول تصمیم گیری و صدور رأی اعتباربخشی آموزشی بیمارستانها

جدول تصمیم گیری و صدور رأی اعتباربخشی آموزشی مراکز آموزشی درمانی

توضیحات	امتیاز آموزشی	مدت اعتبار	رأی صادره
	بالای ۹۰ درصد	۲ سال	تأیید صلاحیت کامل
	۷۱ تا ۹۰ درصد	۲ سال	تأیید صلاحیت
	۶۱ تا ۷۰ درصد	۲ سال	تأیید مشروط
	۵۰ تا ۶۰ درصد	۲ سال	اخطار آموزشی
	کمتر از ۵۰ درصد	۲ سال	عدم تأیید صلاحیت

* ملاک محاسبه امتیاز آموزشی، استانداردهای الزامی است

- * مرکز آموزشی درمانی در صورت دریافت دو بار متوالی صلاحیت مشروط، با یک سطح کاهش اخطار آموزشی می‌گیرد.
- * مرکز آموزشی درمانی در صورت دریافت دو بازدید متوالی اخطار آموزشی، با یک سطح کاهش عدم تأیید صلاحیت می‌گیرد.
- * در مواردی که مرکز آموزشی درمانی موفق به کسب صلاحیت کامل نشده (هر کدام از ۴ سطح اعتبار بعد از تأیید صلاحیت کامل) در صورت اعلام آمادگی مرکز جهت ارتقا به سطوح بالاتر در هر مقطعی از بازه زمانی ۲ ساله، امکان ارزیابی مجدد با هماهنگی کمیته اعتباربخشی وجود دارد.
- * در صورت رأی عدم تأیید صلاحیت، تا ارزیابی مجدد و احراز شرایط لازم، پذیرش دانشجو در مرکز مربوطه متوقف می‌شود.
- * با توجه به برنامه‌ریزی جهت پروژه همگرایی اعتباربخشی آموزشی و درمانی بیمارستانها و اجرای پایلوت برنامه، بر اساس دستورالعمل‌های داخلی کمیته اعتباربخشی و مصوبات کمیته مشترک اعتباربخشی بیمارستانی، نحوه همگرایی آرا اعتباربخشی آموزشی و اعتبار بخشی درمان تعیین می‌گردد.

**معاون محترم آموزشی دانشگاه/دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
معاون محترم علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی**

موضوع: تمدید مجوز یکساله اعتباربخشی آموزشی برای بیمارستان هایی که مشمول اعتباربخشی
مجدد در سه ماه اول سال ۱۴۰۳ هستند

سلام علیکم

احتراماً، عطف به درخواست دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران طی نامه شماره ۱۰۰/۹۳۳-۲-۱۴۰۳ مورخ ۱۴۰۳/۲/۱۹ مبنی بر تمدید مجوز اعتباربخشی مراکز آموزشی درمانی که در حال حاضر در بازه زمانی ارزیابی هستند و نظر به ضرورت آشنایی کاربران دانشگاه‌ها و بیمارستان‌ها با سامانه جامع اعتباربخشی (سجا)، بدینوسیله اعلام می‌گردد که مجوز اعتباربخشی آموزشی بیمارستان‌هایی که در سه ماهه اول سال ۱۴۰۳ مشمول ارزیابی و اعتباربخشی مجدد هستند به مدت یک سال از تاریخ پایان مجوز اعتباربخشی تمدید می‌گردد.

دکتر ابوالفضل باقری فرد
معاون آموزشی و
دبیر شورای آموزشی پزشکی و تخصصی

منشور اخلاقی اعتبار بخشی ها

منشور اخلاقی اعتباربخشی

مقدمه: جهت ارزیابی صحیح مبتنی بر استاندارد علاوه بر صلاحیت حرفه‌ای فرد ارزیاب، تسلط به استانداردها و دستورالعمل‌های اعتباربخشی و آشنایی کامل با فضای حاکم، قوانین دانشگاه‌ها و استاد بالادستی، لازم است همه افرادی که به هر نحو در فرایند اعتباربخشی نقش دارند جوانب اخلاقی و قانونی فرایند اعتباربخشی را بشناسند و رعایت نمایند.

در این منشور، ارزش‌ها و کدهای اخلاقی در راستای اطمینان از صحت اجرای مراحل اعتباربخشی تدوین و ارائه شده و رعایت مفاد آن توسط تمام افراد شرکت‌کننده در فرایند ارزیابی و اعتباربخشی دوره / مؤسسه / بیمارستان الزامی می‌باشد.

جهت شفاف‌سازی استانداردهای اخلاقی موارد زیر مورد تأکید است:

صداقت: افراد شرکت‌کننده در اجرای فرایند اعتباربخشی، باید به صورت شفاف و صادقانه عمل نمایند.

حفظ استقلال: تمام افرادی که در فرایند اعتباربخشی (ارزیابی درونی، ارزیابی بیرونی، تصمیم‌گیری و صدور رأی) شرکت دارند باید به صورت حرفه‌ای و مستقل عمل نموده و تحت تأثیر عوامل بیرونی قرار نگیرند و از اظهار نظر در مورد موضوعات غیرمرتبط با ارزیابی و یا فضاوت‌هایی که ممکن است منجر به سوءبرداشت در خصوص نتایج نهایی اعتباربخشی گردد، خودداری نمایند.

محرمانه بودن: تمام افرادی که در فرایند اعتباربخشی شرکت دارند اطلاعات مرتبط با فعالیت‌های اعتباربخشی را محرمانه تلقی کرده و نباید با دیگران در میان بگذارند، به جز مواردی که در آیین‌نامه یا راهنماهای مرتبط با روند اعتباربخشی اعلام شده است. همچنین نباید از این اطلاعات در راستای کسب منافع مادی / معنوی برای خودشان یا سایر افراد استفاده نمایند.

حفظ حریم: افراد شرکت‌کننده در اجرای فرایند اعتباربخشی، باید حقوق دیگران را در جریان فرایند اعتباربخشی رعایت نموده، و از اطلاعات خصوصی اشخاص و مراکز که طی اعتباربخشی به دست می‌آید محافظت نمایند. کسب اطلاعات در مورد سازمان یا افراد فقط در محدوده اطلاعات مورد نیاز برای ارزیابی مجاز است و اعضای تیم ارزیابی بیرونی فقط در خصوص موارد مرتبط با اعتباربخشی و در چارچوب تعیین شده اظهار نظر نموده و در موارد خارج از موضوع دخالت نمی‌کنند.

پرهیز از رفتار ناعادلانه: افراد شرکت‌کننده در اجرای فرایند اعتباربخشی، درخواست‌های غیرمرسوم در راستای منافع فردی از اشخاص یا مراکزی که در جریان فرایند اعتباربخشی مورد بررسی قرار می‌گیرند نخواهند داشت و در ارزیابی‌ها صرفاً استانداردها و قوانین مصوب را ملاک ارزیابی و قضاوت قرار می‌دهند.

مدیریت تعارض منافع: افراد شرکت‌کننده در اجرای فرایند اعتباربخشی، در صورت وجود هرگونه ارتباط با دانشگاه / دوره / مرکز مورد ارزیابی، باید از حضور در ارزیابی بیرونی و تصمیم‌گیری خودداری نمایند.

برخی موارد تعارض منافع عبارتند از:

- ارزیاب یا بستگان او اخیراً در دوره / مرکز مورد ارزشیابی، دانشجو، عضو هیأت علمی، کارمند و یا مدیر بوده باشد.
- ارزیاب یا بستگان او توافق اولیه یا قراردادی را با دوره / مرکز مورد ارزشیابی منعقد کرده باشد.
- ارزیاب یا بستگان او از دانشگاه یا شرکتی باشد که با دوره / مرکز مورد ارزشیابی رقابت دارد.
- ارزیاب در نقش مشاور در دانشگاه مورد ارزیابی فعالیت کرده باشد.

این منشور اخلاقی در جلسه بیستم کمیسیون ملی اعتباربخشی مورخ ۱۴۰۲/۳/۲۸ به تصویب رسید تا اطمینان حاصل شود که استانداردهای بالای اخلاقی و رفتاری توسط تمام شرکت‌کنندگان در فرایند اعتباربخشی در همه مراحل رعایت می‌گردد و نتایج حاصل از ارزیابی‌ها کارشناسانه و قابل اعتماد خواهد بود.

شاخص های کارگروه تخصصی نظام اعتباربخشی ملی

فرمول محاسبه شاخص	عنوان شاخص	عنوان هدف
<p>تعداد دانشگاهها/ دانشکده ها/ مؤسسات آموزش عالی سلامت اعتباربخشی شده (طی یک سال) تقسیم بر تعداد کل دانشگاه ها/ دانشکده ها/ مؤسسات آموزش عالی سلامت مصوب موجود در دانشگاه / دانشکده / پردیس بین الملل</p>	<p>میزان اعتباربخشی موسسه ای، برنامه ای، بیمارستانی زیرمجموعه دانشگاه/دانشکده</p>	<p>بهبود میانگین شاخصهای نظام اعتباربخشی ملی و تدوین استانداردهای آموزشی در آموزش علوم پزشکی به میزان ۲۰ درصد</p>
<p>تعداد مراکز آموزشی درمانی اعتباربخشی شده (طی یک سال) تقسیم بر تعداد کل مراکز آموزشی درمانی مصوب موجود در دانشگاه / دانشکده / پردیس بین الملل</p>		
<p>تعداد برنامه های آموزشی اعتباربخشی شده (طی یک سال) تقسیم بر تعداد کل برنامه های آموزشی مصوب موجود در دانشگاه/ دانشکده / پردیس بین الملل</p>	<p>میزان ارتقای رتبه اعتباربخشی مراکز آموزشی</p>	
<p>تعداد کل مراکزی که در آخرین دوره اعتباربخشی نسبت به دور قبل یک سطح یا بیشتر ارتقاء داشته اند تقسیم بر تعداد کل مراکز آموزشی اعتباربخشی شده (شامل دانشگاه/دانشکده/ مؤسسات آموزشی/ مراکز آموزشی درمانی/ برنامه های آموزشی</p>		

بخش دوم کارگاه آموزشی

ویژگی های کلیدی

جمع آوری مستندات استانداردهای اعتباربخشی

آموزشی بیمارستان ها

ویژگی های کلیدی جمع آوری مستندات

- داده های صحیح و شفاف جمع آوری و ارائه کنیم.
- با همکاری بین بخشی و کار تیمی، داده ها و اطلاعات جامع ارائه کنیم.
- داده ها و اطلاعاتی قابل تایید (verifiable) ارائه کنیم. (عدم تفاوت اطلاعات ارائه شده در خود ارزیابی و ارزیابی بیرونی)

ویژگی های کلیدی جمع آوری مستندات

○ داده ها و اطلاعات معتبر (valid) و همراستا با استاندارد مورد نظر جمع آوری و ارائه کنیم.

○ داده ها و اطلاعات بروز (update) ارائه کنیم. (اطلاعات دو سال اخیر و بروز شده در فاصله زمانی بین ارزیابی درونی و ارزیابی بیرونی)

○ داده های متنوع را از منابع مختلف با هم ادغام کنیم. (اطلاعات یکپارچه و با رعایت روال منطقی و نگارش صحیح)

ویژگی های کلیدی جمع آوری مستندات

○ دسترسی امن به داده های اعتباربخشی فراهم کنیم. (مشخصاً چه کسانی به این اطلاعات دسترسی داشته باشند و نحوه دسترسی ارزیابان چگونه باشد)

○ مشاهده کنیم پیش از آنکه مشاهده شویم. (با توجه به نتایج دور قبلی اعتباربخشی و توصیه های دریافت شده و ارائه اطلاعات جدید، روند ارتقا و رشد را نشان دهیم)

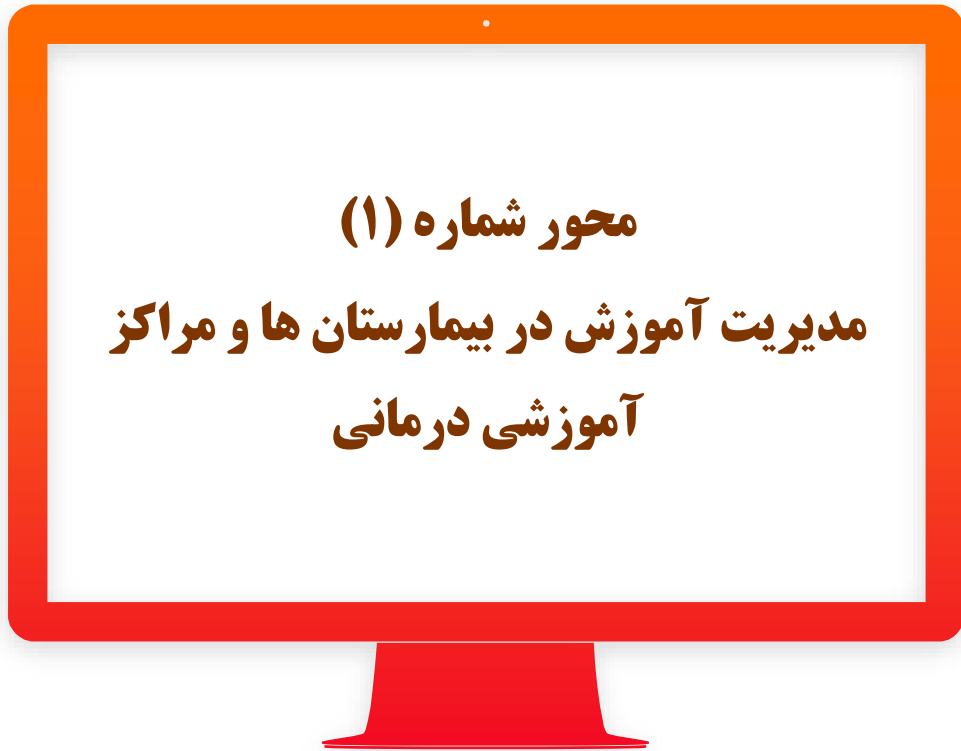
ویژگی های کلیدی جمع آوری مستندات

- در برنامه ریزی مصاحبه (با فراگیران و اساتید) حساسیت ها را مدنظر قرار دهیم. (اعلام عمومی و فراخوان کلی برای جلسات مصاحبه)
- گزارشات و مستندات متنوع ارائه کنیم. (ارزشیابی ها، دستورالعمل ها ، مصوبات، برنامه ها، فرایندها، صورتجلسات، تصاویر و ...)
- گزارشات و مستندات را منظم ارائه کنیم. (با شماره گذاری و ارتباط با متن و رعایت ارائه تعداد مناسب مستند برای هر استاندارد)

وب سایت بیمارستان ویتترین شماست

(بروزرسانی مستندات و اخبار، بررسی لینک ها و ارائه لینک مستقیم و ...)

به منظور حفظ هماهنگی در بازدید بیرونی، پس از جمع آوری مستندات صحیح و تایید آنها در کمیته خود ارزیابی بیمارستان، اطلاعات و دستاوردهای خود را در جلساتی با کارکنان، فراگیران و اعضای هیئت علمی در میان بگذاریم.



محور شماره (۱)
مدیریت آموزش در بیمارستان ها و مراکز
آموزشی درمانی

بدون تغییر

استاندارد ۱-۱

بیمارستان در سند استراتژیک، اهداف آموزشی خود را مشخص کرده و برنامه‌های عملیاتی خود را برای رسیدن به این اهداف ارائه می‌نماید.

جنرال و تک تخصصی

سنجه

بیمارستان در سند استراتژیک، اهداف آموزشی خود را مشخص کرده است.

وزن سنجه

سطح سنجه

۳

پایه

روش ارزیابی		ملاک ارزیابی		
مستندات		وجود اهداف آموزشی در برنامه استراتژیک بیمارستان		۱
مصاحبه با معاون آموزشی		آگاهی معاون آموزشی بیمارستان از اهداف آموزشی		۲
امتیاز				
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)	
	اهداف آموزشی در برنامه استراتژیک بیمارستان وجود دارد و معاون آموزشی از آن مطلع می‌باشد.	اهداف آموزشی در برنامه استراتژیک بیمارستان وجود دارد.	اهداف آموزشی در برنامه استراتژیک بیمارستان تدوین نشده است.	

مستنداتی اعم از سند استراتژیک بیمارستان، اهداف آموزشی این سند و برنامه عملیاتی (طبق اهداف و سند استراتژیک) لازم است.

استاندارد ۲-۱

تیم مدیریت آموزش در مراکز آموزشی درمانی شامل رئیس بیمارستان، معاون آموزشی، مدیران گروه‌های آموزشی، رؤسای بخش‌های آموزشی، مسئول فنی بیمارستان و مترون یا سوپروایزر آموزشی می‌باشد.

سنجه جنرال و تک تخصصی

تیم مدیریت آموزش در بیمارستان شامل رئیس بیمارستان، معاون آموزشی، مدیران گروه‌های آموزشی یا نمایندگان آنها، رؤسای بخش‌های کلینیکی و پاراکلینیکی، مسئول فنی بیمارستان و مترون یا سوپروایزر آموزشی می‌باشند.

وزن سنج

سطح سنج

۲

پایه

روش ارزیابی

ملاک ارزیابی

مستندات

۱ ابلاغ و صورتجلسات تیم مدیریت آموزش

امتیاز

غیر قابل ارزیابی

دو (۲)

یک (۱)

صفر (۰)

غیر قابل ارزیابی	تیم مدیریت آموزش بیمارستان مطابق سنج تشکیل شده و صورتجلسات تیم وجود دارد.	تیم مدیریت آموزش تشکیل شده و ابلاغ اعضا با شرح وظایف مشخص وجود دارد.	تیم مدیریت آموزش بیمارستان، مطابق سنج تشکیل نشده است.
------------------	---	--	---

توضیحات: * نماینده مدیر گروه می‌تواند رئیس بخش باشد.

مستنداتی اعم از ابلاغ بروز همراه با شرح وظایف برای اعضای تیم مدیریت آموزش، تقویم زمانبندی جلسات تیم، نمونه صورتجلسات (با امضا و تاریخ) لازم است.

استاندارد ۱-۳

بیمارستان دارای واحد توسعه آموزش بالینی است که بر اساس دستورالعمل‌های ابلاغ شده توسط معاونت آموزشی وزارت متبوع و همچنین دانشگاه زیربط، برنامه‌ریزی و نظارت جهت ارتقاء کیفیت آموزش بالینی را زیر نظر مستقیم معاون آموزشی بیمارستان بر عهده دارد.

سنجه ۱ **جنرال و تک تخصصی**

واحد توسعه آموزش بالینی در چارت بیمارستان دیده شده است.

سطح سنجه		وزن سنجه
پایه		
۲		

ملاک ارزیابی		روش ارزیابی
۱	وجود واحد توسعه آموزش بالینی در چارت بیمارستان در زیر مجموعه معاونت آموزشی	مستندات
۲	ابلاغ فرد مسئول حاوی شرح وظایف (با ذکر برنامه‌ریزی و نظارت جهت ارتقاء کیفیت آموزش بالینی در شرح وظایف ابلاغی)	مستندات

امتیاز		
صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)
واحد توسعه آموزش بالینی در بیمارستان وجود ندارد.	فرد مسئول و شرح وظایف وجود دارد.	توسعه آموزش بالینی در بیمارستان وجود دارد.
غیر قابل ارزیابی		

سنجه ۲ **جنرال و تک تخصصی**

واحد توسعه آموزش بالینی دارای برنامه ارتقاء کیفیت آموزش بالینی بوده و معاون آموزشی بر اجرای آن نظارت می‌کند.

سطح سنجه		وزن سنجه
پایه		
۳		

ملاک ارزیابی		روش ارزیابی
۱	تدوین برنامه ارتقاء کیفیت آموزش بالینی	مستندات
۲	اجرای برنامه ارتقای کیفیت آموزش بالینی در بیمارستان	مستندات ارائه گزارش عملکرد به معاون آموزشی و مصاحبه با مسئول واحد توسعه آموزش بالینی

امتیاز		
صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)
برنامه ارتقاء کیفیت آموزش بالینی تدوین نشده است.	برنامه ارتقاء کیفیت آموزش بالینی تدوین شده است.	برنامه ارتقای کیفیت آموزش بالینی تدوین شده و اجرا می‌شود.
غیر قابل ارزیابی		

استاندارد ۲-۱

نسخه قبل

تغییر وزن سنجه

واحد توسعه در چارت سازمانی بیمارستان دیده شده باشد، ابلاغ بروز مسئول واحد با ذکر شرح وظایف، مستنداتی از برنامه واحد که به تصویب تیم مدیریت آموزشی رسیده، اجرای برنامه و نظارت توسط معاون آموزشی، برنامه تشکیل جلسات مستمر و منظم واحد و صورتجلسات با امضا و تاریخ

برنامه‌های بیمارستان برای ارتقاء کمی و کیفی آموزش مکتوب و آماده ارائه است.

سنجه جنرال و تک تخصصی

تیم مدیریت آموزش بیمارستان، برنامه‌های ارتقای کمی و کیفی فعالیت‌های آموزشی را پایش و نتایج آن را تحلیل می‌نماید.

وزن سنجه		سطح سنجه
۳		پایه
ملاک ارزیابی		روش ارزیابی
۱	پایش برنامه‌های ارتقای کمی و کیفی فعالیت‌های آموزشی و شاخص‌های مربوط، توسط تیم مدیریت آموزش بیمارستان	مستندات
۲	پایش شاخص‌ها و انجام اقدامات اصلاحی مربوط	مستندات و مصاحبه با معاون آموزشی
متمایز		
صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)
مستندات پایش برنامه‌های ارتقای کمی و کیفی فعالیت‌های آموزشی موجود نیست.	مستندات پایش برنامه‌های ارتقای کمی و کیفی فعالیت‌های آموزشی یا سوابق / صورتجلسات تحلیل تیم مدیریت آموزش وجود دارد.	مستندات پایش برنامه‌های ارتقای کمی و کیفی فعالیت‌های آموزشی و سوابق / صورتجلسات تحلیل تیم مدیریت آموزش وجود دارد و سوابق پایش شاخص‌ها یا اقدامات اصلاحی موجود است.
غیر قابل ارزیابی		

مستنداتی از ارائه نتایج پایش برنامه‌های ارتقا فعالیت‌های آموزش توسط واحد توسعه به معاون آموزشی و تحلیل آن در تیم مدیریت آموزش لازم است.

استاندارد ۷۵- انسخه قبل
تغییر وزن سنجه

استاندارد ۱-۵

کمیته‌های بیمارستانی مرتبط با آموزش و عملکرد فراگیران فعال بوده و مستندات برگزاری مستمر آنها موجود و نحوه تاثیر آنها در تصمیمات بیمارستان مشخص است.

سنجه	جنرال و تک تخصصی
در بیمارستان از مصوبات کمیته‌های مرتبط (مانند کمیته‌های مرگ و میر، کنترل عفونت و اخلاق پزشکی و...) در تصمیمات برنامه‌ریزی آموزشی (هیأت علمی و فراگیران) استفاده می‌شود.	

سطح سنجه	وزن سنجه
پایه	۲

ملاک ارزیابی		روش ارزیابی
۱	استفاده از مصوبات کمیته‌های مرتبط در برنامه‌ریزی آموزشی	مستندات
۲	آگاهی معاون آموزشی در خصوص چگونگی استفاده از مصوبات در برنامه‌ریزی آموزشی	مصاحبه با معاون آموزشی

امتیاز			
صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)	غ.ق. ارزیابی
از مصوبات کمیته‌های مرتبط در برنامه‌ریزی آموزشی استفاده نمی‌شود.	از مصوبات کمیته‌های مرتبط در برنامه‌ریزی آموزشی استفاده شده است.	مصوبات کمیته‌های مرتبط در برنامه‌ریزی آموزشی استفاده شده و معاون آموزشی از آن اطلاع دارد	

معاون آموزشی عضو کمیته های بیمارستانی است (ابلاغ بروز). بر اساس صورتجلسات کمیته های بیمارستانی و مشکلات موجود، مستنداتی از برنامه آموزشی معاون آموزشی برای ارتقا آموزش فراگیران و هیات علمی در این خصوص، اجرای آن و نظارت بر آن لازم است.

استاندارد ۸۵ - نسخه قبل
 معاون آموزشی پژوهشی به معاون
 آموزشی تغییر یافته
 در توضیحات کمیته ایمنی بیمار هم
 اضافه گردیده

استاندارد ۱-۶

معاون آموزشی یا نماینده تیم مدیریت آموزش با هدف ارتقاء کمی و کیفی فرآیندهای آموزشی و تسهیلات ارائه خدمات، عضو کمیته‌های بیمارستانی مرتبط می‌باشد.

سنجه		جنرال و تک تخصصی	
معاون آموزشی بیمارستان یا نماینده تیم مدیریت آموزش، در کمیته‌های بیمارستانی مرتبط* عضو می‌باشد.			
سطح سنجه		وزن سنجه	
پایه		۲	
ملاک ارزیابی		روش ارزیابی	
۱	عضویت معاون آموزشی (یا نماینده تیم مدیریت آموزش) در کمیته‌های مرتبط	مستندات	
۲	لحاظ نظرات معاون آموزشی در صورتجلسات کمیته‌ها	مستندات	
امتیاز			
صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)	غیر قابل ارزیابی
معاون آموزشی بیمارستان یا نماینده تیم مدیریت آموزش در کمیته‌های بیمارستانی مرتبط عضو نمی‌باشد.	معاون آموزشی بیمارستان یا نماینده تیم مدیریت آموزش در کمیته‌های بیمارستانی مرتبط عضو می‌باشد	معاون آموزشی بیمارستان یا نماینده تیم مدیریت آموزش در کمیته‌های بیمارستانی مرتبط عضو می‌باشد و در صورتجلسات کمیته‌ها نظرات معاون آموزشی لحاظ گردیده است	
توضیحات: * کمیته‌های مرتبط حداقل شامل: کمیته مرگ و میر و عوارض، کمیته ایمنی بیمار، کمیته اخلاق پزشکی، کمیته پایش و سنجش کیفیت می‌باشند.			

ابلاغ عضویت معاون آموزشی در کمیته‌ها و نمونه‌ای از مصوبات صورتجلسات کمیته‌ها که نظر وی در آنها اعمال شده لازم است.

استاندارد ۹-۱- نسخه
قبل
تغییر وزن سنجه
توضیحات تغییر کرده
(قید ۵۰ درصد حذف
شده است)

استاندارد ۷-۱

مقررات نحوه پوشش در بیمارستان به اطلاع فراگیران و اعضای هیات علمی بخش‌ها می‌رسد و معاون آموزشی، معاون درمان یا رئیس بیمارستان حسب مورد بر اجرای آن نظارت دارد.

سنجه		جنرال و تک تخصصی	
آیین‌نامه نحوه پوشش در بیمارستان وجود دارد و تمامی فراگیران و اعضای هیات علمی از آن مطلع بوده و به آن عمل می‌کنند.			
سطح سنجه		وزن سنجه	
پایه		۲	
روش ارزیابی		ملاک ارزیابی	
۱	وجود آیین‌نامه نحوه پوشش		
۲	اطلاع‌رسانی به کلیه فراگیران و اعضای هیات علمی		
۳	اجرای آیین‌نامه نحوه پوشش		
امتیاز			
صفر (۰)		یک (۱)	
آیین‌نامه نحوه پوشش در بیمارستان وجود ندارد.		آیین‌نامه نحوه پوشش در بیمارستان وجود دارد ولی کامل اجرا نمی‌شود.	
		دو (۲)	
		غیر قابل ارزیابی	
		آیین‌نامه نحوه پوشش وجود دارد و فراگیران و اعضای هیات علمی به آن عمل می‌کنند.	

مستنداتی از اطلاع‌رسانی آیین‌نامه پوشش فراگیران و اعضای هیئت علمی و اینکه آیین‌نامه در تیم مدیریت آموزشی مطرح شده و سطوح نظارتی و نحوه ارائه بازخورد به فراگیر و هیئت علمی مصوب شده لازم است. نکته: در روز بازدید ارزیابان به رعایت آیین‌نامه توجه دارند.

استاندارد ۴-انسخه قبل
تغییر وزن سنجه

استاندارد ۸-۱

معاونت آموزشی بیمارستان قرارداد مشخصی با دانشکده‌های تابعه دانشگاه در رابطه با مسئولیت‌های طرفین منعقد کرده است.

سنجه جنرال و تک تخصصی

قرارداد یا تفاهم‌نامه‌های * همکاری جهت انجام فعالیت‌های آموزشی بین بیمارستان با دانشکده‌های تابعه‌ای که آموزش بالینی دارند وجود دارد.

وزن سنجه		سطح سنجه	
۲		پایه	
روش ارزیابی		ملاک ارزیابی	
مستندات		لیست رشته‌های آموزشی دارای دانشجو در بیمارستان به تفکیک دانشکده‌ها	۱
مستندات		وجود قرارداد یا تفاهم‌نامه بین بیمارستان و دانشکده‌های مربوطه	۲
مستندات و مصاحبه با معاون آموزشی		اجرای مفاد قرارداد یا تفاهم‌نامه	۳
امتیاز			
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)
	تفاهم‌نامه همکاری بین بیمارستان و دانشکده‌ها اجراء می‌شود.	تفاهم‌نامه همکاری بین بیمارستان و دانشکده‌های مربوطه وجود دارد.	تفاهم‌نامه همکاری بین بیمارستان و دانشکده‌ها وجود ندارد.

توضیحات: * تفاهم‌نامه یا قرارداد حداقل شامل مشخصات طرفین، موضوع، تعهدات طرفین، مدت اجراء و اعتبار قرارداد و موارد فسخ می‌باشد.

متن قراردادها با هماهنگی معاونت آموزشی دانشگاه باید بروز و با ذکر وظایف و مسئولیت طرفین با مهر، امضا و مدت مشخص باشد. (اینکه فراگیران در کجا، چه آموزشی می‌بینند و نحوه نظارت بر آموزش آنها چگونه و با کدام یک از طرفین قرارداد است در متن آن قید شود). لیستی از فراگیران به تفکیک رشته و سال ورودی و نتایج رضایت سنجی نیز لازم است.

استاندارد ۵۵-۱-انسخه قبل
محل ارائه گزارش از دانشکده
پزشکی به معاون آموزشی
بیمارستان تغییر یافته

استاندارد ۱-۹

رؤسای بخش‌های آموزشی مسئولیت مدیریت آموزش را بر عهده دارند و عملکرد آموزشی بخش‌ها توسط معاونت آموزشی ارزیابی می‌شود.

سنجه		جزرال و تک تخصصی	
در ابلاغ یا شرح وظایف رؤسای بخش‌های آموزشی مسئولیت آموزش آنها مشخص گردیده و عملکرد آموزشی توسط معاون آموزشی بیمارستان ارزیابی می‌شود.			
سطح سنجه		وزن سنجه	
پایه		۲	
ملاک ارزیابی			
روش ارزیابی			
مستندات	وجود بند مسئولیت آموزشی و لزوم ارائه گزارش عملکرد به معاون آموزشی بیمارستان در ابلاغ یا شرح وظایف رئیس بخش		
مستندات	گزارش ارزیابی عملکرد آموزشی بخش‌ها به معاون آموزشی بیمارستان هر ۶ ماه		
امتیاز			
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)
	شرح وظایف آموزشی رؤسای بخش‌های آموزشی در ابلاغ مشخص شده، ارزیابی عملکرد آموزشی انجام شده و گزارش آن موجود است.	شرح وظایف آموزشی رؤسای بخش‌های آموزشی در ابلاغ مشخص شده است.	شرح وظایف آموزشی رؤسای بخش‌های آموزشی در ابلاغ مشخص نشده است.

وجود ابلاغ بروز روسای بخش‌ها با ذکر مسئولیت آموزشی آنها در شرح وظایف و لزوم گزارش دهی به معاون آموزشی، همراه با نمونه‌ی ارسال گزارش عملکرد آموزشی هر ۶ ماه یکبار لازم است.

استاندارد ۶۵- نسخه قبل
تغییر نسخه از ضروری به ترجیحی
در ملاک ارزیابی رئیس دانشکده حذف شده

استاندارد ۱-۱۰

در صورتیکه در بیمارستان چند بخش از یک گروه آموزشی وجود داشته باشد، با حکم مدیر گروه یک نفر به عنوان مسئول برنامه‌ریزی آموزش در هر بخش انتخاب می‌گردد. فرد انتخاب شده به مدیر گروه مربوطه و معاون آموزشی بیمارستان پاسخگو می‌باشد.

سنجه	جنرال و تک تخصصی
فردی از اعضاء هیأت علمی برای برنامه‌ریزی آموزشی در هر بخش * توسط مدیر گروه و با هماهنگی رؤسای بخش‌های مربوطه، انتخاب و ایشان مسئول پاسخگویی به معاون آموزشی بیمارستان و مدیر گروه می‌باشد.	

سطح سنجه	وزن سنجه
ترجیحی	۲

روش ارزیابی	ملاک ارزیابی
مستندات	تعیین فرد مسئول برنامه‌ریزی آموزشی در هر بخش
مستندات	گزارش ارزیابی عملکرد آموزشی بخش‌ها به معاون آموزشی بیمارستان هر ۶ ماه یکبار و ارائه بازخورد به مدیر گروه توسط معاون آموزشی

امتیاز			
صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)	غیر قابل ارزیابی
فرد مسئول برنامه‌ریزی آموزشی بخش مشخص نشده است.	فرد مسئول برنامه‌ریزی آموزشی بخش‌ها با شرح وظایف مشخص تعیین شده است.	فرد مسئول برنامه‌ریزی آموزشی بخش‌ها مشخص شده و گزارش عملکرد به معاون آموزشی و مدیر گروه موجود است.	

توضیحات: * در بیمارستان‌هایی که چند بخش از یک گروه وجود دارد.

در هر بخشی با توجه به تعداد فراگیران ممکن است یک یا دو نفر بعنوان مسئول برنامه‌ریزی آموزشی فراگیران تعیین شوند. مستنداتی در خصوص تعیین فرد (ابلاغ بروز با شرح وظایف)، فعالیت‌های آموزشی وی و ارائه گزارش ۶ ماهه به معاون آموزشی و ارائه گزارش و بازخورد معاون آموزشی به مدیر گروه لازم است.



محور شماره (۲)
اعضاء هیئت علمی

استاندارد ۳-۱-۳-۴-۵-۶-۷-۸-۹-۱۰-۱۱-۱۲-۱۳-۱۴-۱۵-۱۶-۱۷-۱۸-۱۹-۲۰-۲۱-۲۲-۲۳-۲۴-۲۵-۲۶-۲۷-۲۸-۲۹-۳۰-۳۱-۳۲-۳۳-۳۴-۳۵-۳۶-۳۷-۳۸-۳۹-۴۰-۴۱-۴۲-۴۳-۴۴-۴۵-۴۶-۴۷-۴۸-۴۹-۵۰-۵۱-۵۲-۵۳-۵۴-۵۵-۵۶-۵۷-۵۸-۵۹-۶۰-۶۱-۶۲-۶۳-۶۴-۶۵-۶۶-۶۷-۶۸-۶۹-۷۰-۷۱-۷۲-۷۳-۷۴-۷۵-۷۶-۷۷-۷۸-۷۹-۸۰-۸۱-۸۲-۸۳-۸۴-۸۵-۸۶-۸۷-۸۸-۸۹-۹۰-۹۱-۹۲-۹۳-۹۴-۹۵-۹۶-۹۷-۹۸-۹۹-۱۰۰-۱۰۱-۱۰۲-۱۰۳-۱۰۴-۱۰۵-۱۰۶-۱۰۷-۱۰۸-۱۰۹-۱۱۰-۱۱۱-۱۱۲-۱۱۳-۱۱۴-۱۱۵-۱۱۶-۱۱۷-۱۱۸-۱۱۹-۱۲۰-۱۲۱-۱۲۲-۱۲۳-۱۲۴-۱۲۵-۱۲۶-۱۲۷-۱۲۸-۱۲۹-۱۳۰-۱۳۱-۱۳۲-۱۳۳-۱۳۴-۱۳۵-۱۳۶-۱۳۷-۱۳۸-۱۳۹-۱۴۰-۱۴۱-۱۴۲-۱۴۳-۱۴۴-۱۴۵-۱۴۶-۱۴۷-۱۴۸-۱۴۹-۱۵۰-۱۵۱-۱۵۲-۱۵۳-۱۵۴-۱۵۵-۱۵۶-۱۵۷-۱۵۸-۱۵۹-۱۶۰-۱۶۱-۱۶۲-۱۶۳-۱۶۴-۱۶۵-۱۶۶-۱۶۷-۱۶۸-۱۶۹-۱۷۰-۱۷۱-۱۷۲-۱۷۳-۱۷۴-۱۷۵-۱۷۶-۱۷۷-۱۷۸-۱۷۹-۱۸۰-۱۸۱-۱۸۲-۱۸۳-۱۸۴-۱۸۵-۱۸۶-۱۸۷-۱۸۸-۱۸۹-۱۹۰-۱۹۱-۱۹۲-۱۹۳-۱۹۴-۱۹۵-۱۹۶-۱۹۷-۱۹۸-۱۹۹-۲۰۰-۲۰۱-۲۰۲-۲۰۳-۲۰۴-۲۰۵-۲۰۶-۲۰۷-۲۰۸-۲۰۹-۲۱۰-۲۱۱-۲۱۲-۲۱۳-۲۱۴-۲۱۵-۲۱۶-۲۱۷-۲۱۸-۲۱۹-۲۲۰-۲۲۱-۲۲۲-۲۲۳-۲۲۴-۲۲۵-۲۲۶-۲۲۷-۲۲۸-۲۲۹-۲۳۰-۲۳۱-۲۳۲-۲۳۳-۲۳۴-۲۳۵-۲۳۶-۲۳۷-۲۳۸-۲۳۹-۲۴۰-۲۴۱-۲۴۲-۲۴۳-۲۴۴-۲۴۵-۲۴۶-۲۴۷-۲۴۸-۲۴۹-۲۵۰-۲۵۱-۲۵۲-۲۵۳-۲۵۴-۲۵۵-۲۵۶-۲۵۷-۲۵۸-۲۵۹-۲۶۰-۲۶۱-۲۶۲-۲۶۳-۲۶۴-۲۶۵-۲۶۶-۲۶۷-۲۶۸-۲۶۹-۲۷۰-۲۷۱-۲۷۲-۲۷۳-۲۷۴-۲۷۵-۲۷۶-۲۷۷-۲۷۸-۲۷۹-۲۸۰-۲۸۱-۲۸۲-۲۸۳-۲۸۴-۲۸۵-۲۸۶-۲۸۷-۲۸۸-۲۸۹-۲۹۰-۲۹۱-۲۹۲-۲۹۳-۲۹۴-۲۹۵-۲۹۶-۲۹۷-۲۹۸-۲۹۹-۳۰۰-۳۰۱-۳۰۲-۳۰۳-۳۰۴-۳۰۵-۳۰۶-۳۰۷-۳۰۸-۳۰۹-۳۱۰-۳۱۱-۳۱۲-۳۱۳-۳۱۴-۳۱۵-۳۱۶-۳۱۷-۳۱۸-۳۱۹-۳۲۰-۳۲۱-۳۲۲-۳۲۳-۳۲۴-۳۲۵-۳۲۶-۳۲۷-۳۲۸-۳۲۹-۳۳۰-۳۳۱-۳۳۲-۳۳۳-۳۳۴-۳۳۵-۳۳۶-۳۳۷-۳۳۸-۳۳۹-۳۴۰-۳۴۱-۳۴۲-۳۴۳-۳۴۴-۳۴۵-۳۴۶-۳۴۷-۳۴۸-۳۴۹-۳۵۰-۳۵۱-۳۵۲-۳۵۳-۳۵۴-۳۵۵-۳۵۶-۳۵۷-۳۵۸-۳۵۹-۳۶۰-۳۶۱-۳۶۲-۳۶۳-۳۶۴-۳۶۵-۳۶۶-۳۶۷-۳۶۸-۳۶۹-۳۷۰-۳۷۱-۳۷۲-۳۷۳-۳۷۴-۳۷۵-۳۷۶-۳۷۷-۳۷۸-۳۷۹-۳۸۰-۳۸۱-۳۸۲-۳۸۳-۳۸۴-۳۸۵-۳۸۶-۳۸۷-۳۸۸-۳۸۹-۳۹۰-۳۹۱-۳۹۲-۳۹۳-۳۹۴-۳۹۵-۳۹۶-۳۹۷-۳۹۸-۳۹۹-۴۰۰-۴۰۱-۴۰۲-۴۰۳-۴۰۴-۴۰۵-۴۰۶-۴۰۷-۴۰۸-۴۰۹-۴۱۰-۴۱۱-۴۱۲-۴۱۳-۴۱۴-۴۱۵-۴۱۶-۴۱۷-۴۱۸-۴۱۹-۴۲۰-۴۲۱-۴۲۲-۴۲۳-۴۲۴-۴۲۵-۴۲۶-۴۲۷-۴۲۸-۴۲۹-۴۳۰-۴۳۱-۴۳۲-۴۳۳-۴۳۴-۴۳۵-۴۳۶-۴۳۷-۴۳۸-۴۳۹-۴۴۰-۴۴۱-۴۴۲-۴۴۳-۴۴۴-۴۴۵-۴۴۶-۴۴۷-۴۴۸-۴۴۹-۴۵۰-۴۵۱-۴۵۲-۴۵۳-۴۵۴-۴۵۵-۴۵۶-۴۵۷-۴۵۸-۴۵۹-۴۶۰-۴۶۱-۴۶۲-۴۶۳-۴۶۴-۴۶۵-۴۶۶-۴۶۷-۴۶۸-۴۶۹-۴۷۰-۴۷۱-۴۷۲-۴۷۳-۴۷۴-۴۷۵-۴۷۶-۴۷۷-۴۷۸-۴۷۹-۴۸۰-۴۸۱-۴۸۲-۴۸۳-۴۸۴-۴۸۵-۴۸۶-۴۸۷-۴۸۸-۴۸۹-۴۹۰-۴۹۱-۴۹۲-۴۹۳-۴۹۴-۴۹۵-۴۹۶-۴۹۷-۴۹۸-۴۹۹-۵۰۰-۵۰۱-۵۰۲-۵۰۳-۵۰۴-۵۰۵-۵۰۶-۵۰۷-۵۰۸-۵۰۹-۵۱۰-۵۱۱-۵۱۲-۵۱۳-۵۱۴-۵۱۵-۵۱۶-۵۱۷-۵۱۸-۵۱۹-۵۲۰-۵۲۱-۵۲۲-۵۲۳-۵۲۴-۵۲۵-۵۲۶-۵۲۷-۵۲۸-۵۲۹-۵۳۰-۵۳۱-۵۳۲-۵۳۳-۵۳۴-۵۳۵-۵۳۶-۵۳۷-۵۳۸-۵۳۹-۵۴۰-۵۴۱-۵۴۲-۵۴۳-۵۴۴-۵۴۵-۵۴۶-۵۴۷-۵۴۸-۵۴۹-۵۵۰-۵۵۱-۵۵۲-۵۵۳-۵۵۴-۵۵۵-۵۵۶-۵۵۷-۵۵۸-۵۵۹-۵۶۰-۵۶۱-۵۶۲-۵۶۳-۵۶۴-۵۶۵-۵۶۶-۵۶۷-۵۶۸-۵۶۹-۵۷۰-۵۷۱-۵۷۲-۵۷۳-۵۷۴-۵۷۵-۵۷۶-۵۷۷-۵۷۸-۵۷۹-۵۸۰-۵۸۱-۵۸۲-۵۸۳-۵۸۴-۵۸۵-۵۸۶-۵۸۷-۵۸۸-۵۸۹-۵۹۰-۵۹۱-۵۹۲-۵۹۳-۵۹۴-۵۹۵-۵۹۶-۵۹۷-۵۹۸-۵۹۹-۶۰۰-۶۰۱-۶۰۲-۶۰۳-۶۰۴-۶۰۵-۶۰۶-۶۰۷-۶۰۸-۶۰۹-۶۱۰-۶۱۱-۶۱۲-۶۱۳-۶۱۴-۶۱۵-۶۱۶-۶۱۷-۶۱۸-۶۱۹-۶۲۰-۶۲۱-۶۲۲-۶۲۳-۶۲۴-۶۲۵-۶۲۶-۶۲۷-۶۲۸-۶۲۹-۶۳۰-۶۳۱-۶۳۲-۶۳۳-۶۳۴-۶۳۵-۶۳۶-۶۳۷-۶۳۸-۶۳۹-۶۴۰-۶۴۱-۶۴۲-۶۴۳-۶۴۴-۶۴۵-۶۴۶-۶۴۷-۶۴۸-۶۴۹-۶۵۰-۶۵۱-۶۵۲-۶۵۳-۶۵۴-۶۵۵-۶۵۶-۶۵۷-۶۵۸-۶۵۹-۶۶۰-۶۶۱-۶۶۲-۶۶۳-۶۶۴-۶۶۵-۶۶۶-۶۶۷-۶۶۸-۶۶۹-۶۷۰-۶۷۱-۶۷۲-۶۷۳-۶۷۴-۶۷۵-۶۷۶-۶۷۷-۶۷۸-۶۷۹-۶۸۰-۶۸۱-۶۸۲-۶۸۳-۶۸۴-۶۸۵-۶۸۶-۶۸۷-۶۸۸-۶۸۹-۶۹۰-۶۹۱-۶۹۲-۶۹۳-۶۹۴-۶۹۵-۶۹۶-۶۹۷-۶۹۸-۶۹۹-۷۰۰-۷۰۱-۷۰۲-۷۰۳-۷۰۴-۷۰۵-۷۰۶-۷۰۷-۷۰۸-۷۰۹-۷۱۰-۷۱۱-۷۱۲-۷۱۳-۷۱۴-۷۱۵-۷۱۶-۷۱۷-۷۱۸-۷۱۹-۷۲۰-۷۲۱-۷۲۲-۷۲۳-۷۲۴-۷۲۵-۷۲۶-۷۲۷-۷۲۸-۷۲۹-۷۳۰-۷۳۱-۷۳۲-۷۳۳-۷۳۴-۷۳۵-۷۳۶-۷۳۷-۷۳۸-۷۳۹-۷۴۰-۷۴۱-۷۴۲-۷۴۳-۷۴۴-۷۴۵-۷۴۶-۷۴۷-۷۴۸-۷۴۹-۷۵۰-۷۵۱-۷۵۲-۷۵۳-۷۵۴-۷۵۵-۷۵۶-۷۵۷-۷۵۸-۷۵۹-۷۶۰-۷۶۱-۷۶۲-۷۶۳-۷۶۴-۷۶۵-۷۶۶-۷۶۷-۷۶۸-۷۶۹-۷۷۰-۷۷۱-۷۷۲-۷۷۳-۷۷۴-۷۷۵-۷۷۶-۷۷۷-۷۷۸-۷۷۹-۷۸۰-۷۸۱-۷۸۲-۷۸۳-۷۸۴-۷۸۵-۷۸۶-۷۸۷-۷۸۸-۷۸۹-۷۹۰-۷۹۱-۷۹۲-۷۹۳-۷۹۴-۷۹۵-۷۹۶-۷۹۷-۷۹۸-۷۹۹-۸۰۰-۸۰۱-۸۰۲-۸۰۳-۸۰۴-۸۰۵-۸۰۶-۸۰۷-۸۰۸-۸۰۹-۸۱۰-۸۱۱-۸۱۲-۸۱۳-۸۱۴-۸۱۵-۸۱۶-۸۱۷-۸۱۸-۸۱۹-۸۲۰-۸۲۱-۸۲۲-۸۲۳-۸۲۴-۸۲۵-۸۲۶-۸۲۷-۸۲۸-۸۲۹-۸۳۰-۸۳۱-۸۳۲-۸۳۳-۸۳۴-۸۳۵-۸۳۶-۸۳۷-۸۳۸-۸۳۹-۸۴۰-۸۴۱-۸۴۲-۸۴۳-۸۴۴-۸۴۵-۸۴۶-۸۴۷-۸۴۸-۸۴۹-۸۵۰-۸۵۱-۸۵۲-۸۵۳-۸۵۴-۸۵۵-۸۵۶-۸۵۷-۸۵۸-۸۵۹-۸۶۰-۸۶۱-۸۶۲-۸۶۳-۸۶۴-۸۶۵-۸۶۶-۸۶۷-۸۶۸-۸۶۹-۸۷۰-۸۷۱-۸۷۲-۸۷۳-۸۷۴-۸۷۵-۸۷۶-۸۷۷-۸۷۸-۸۷۹-۸۸۰-۸۸۱-۸۸۲-۸۸۳-۸۸۴-۸۸۵-۸۸۶-۸۸۷-۸۸۸-۸۸۹-۸۹۰-۸۹۱-۸۹۲-۸۹۳-۸۹۴-۸۹۵-۸۹۶-۸۹۷-۸۹۸-۸۹۹-۹۰۰-۹۰۱-۹۰۲-۹۰۳-۹۰۴-۹۰۵-۹۰۶-۹۰۷-۹۰۸-۹۰۹-۹۱۰-۹۱۱-۹۱۲-۹۱۳-۹۱۴-۹۱۵-۹۱۶-۹۱۷-۹۱۸-۹۱۹-۹۲۰-۹۲۱-۹۲۲-۹۲۳-۹۲۴-۹۲۵-۹۲۶-۹۲۷-۹۲۸-۹۲۹-۹۳۰-۹۳۱-۹۳۲-۹۳۳-۹۳۴-۹۳۵-۹۳۶-۹۳۷-۹۳۸-۹۳۹-۹۴۰-۹۴۱-۹۴۲-۹۴۳-۹۴۴-۹۴۵-۹۴۶-۹۴۷-۹۴۸-۹۴۹-۹۵۰-۹۵۱-۹۵۲-۹۵۳-۹۵۴-۹۵۵-۹۵۶-۹۵۷-۹۵۸-۹۵۹-۹۶۰-۹۶۱-۹۶۲-۹۶۳-۹۶۴-۹۶۵-۹۶۶-۹۶۷-۹۶۸-۹۶۹-۹۷۰-۹۷۱-۹۷۲-۹۷۳-۹۷۴-۹۷۵-۹۷۶-۹۷۷-۹۷۸-۹۷۹-۹۸۰-۹۸۱-۹۸۲-۹۸۳-۹۸۴-۹۸۵-۹۸۶-۹۸۷-۹۸۸-۹۸۹-۹۹۰-۹۹۱-۹۹۲-۹۹۳-۹۹۴-۹۹۵-۹۹۶-۹۹۷-۹۹۸-۹۹۹-۱۰۰۰

استاندارد ۱-۲

کادر اصلی آموزش بیمارستان، اعضاء هیأت علمی واجد شرایط علمی و عمومی دانشگاه می باشند.

سنجه		جنرال و تک تخصصی	
کادر اصلی آموزش * بیمارستان، اعضاء هیأت علمی می باشند.			
سطح سنجه		وزن سنجه	
پایه		۳	
ملاک ارزیابی		روش ارزیابی	
۱	احراز شرایط علمی و عمومی هیأت علمی بیمارستان متبوع	مستندات	
امتیاز			
صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)	غ. ق. ارزیابی
کمتر از ۷۰٪ کادر اصلی آموزشی بیمارستان عضو هیأت علمی می باشند.	بین ۷۰ تا ۸۴٪ کادر اصلی آموزشی بیمارستان عضو هیأت علمی می باشند.	بیش از ۸۵٪ کادر اصلی آموزشی بیمارستان عضو هیأت علمی می باشند	
توضیحات: * کادر اصلی آموزش افرادی می باشند که نسبت به اجرای کوریکولومهای آموزشی در شیفت های موظف (صبح و عصر) نقش اصلی را دارند. در مواردی که به علت کمبود هیأت علمی از اعضای غیر هیأت علمی در آموزش استفاده می شود قابل قبول است			

مستنداتی در خصوص ابلاغ معرفی هیئت علمی از دانشکده به بیمارستان و حتی ابلاغ پزشکان درمانی، تعهداتی و ... لازم است همچنین گزارشی از تعداد پزشکان در هر بخش به تفکیک درمانی، تعهداتی، هیئت علمی و ... تهیه گردد.

استاندارد ۲-۲

اعضاء هیأت علمی بالینی در بیمارستان مطابق با ضوابط و مقررات جاری دانشگاه علوم پزشکی و وزارت متبوع حضور داشته و فعالیت می نمایند.

سنجه	جنرال و تک تخصصی
اعضاء هیأت علمی بیمارستان ساعات موظف حضور در بیمارستان را بر اساس مقررات جاری دانشگاه علوم پزشکی مربوطه رعایت می نمایند.	

سطح سنجه	وزن سنجه
پایه	۳

روش ارزیابی	ملاک ارزیابی
مستندات	وجود سیستم پایش حضور اعضاء هیأت علمی* در بیمارستان
مستندات	اطمینان از حضور اعضاء هیأت علمی مطابق با مقررات جاری دانشگاه که توسط رئیس بخش، معاون آموزشی یا ریاست بیمارستان تایید شده است.

امتیاز			
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)
	سیستم پایش حضور اعضای هیأت علمی وجود دارد و بر اساس ضوابط آن اعضای هیأت علمی فعالیت داشته و مستندات آن وجود دارد	سیستم پایش حضور اعضاء هیأت علمی در بیمارستان وجود دارد یا بر اساس سامانه یکپارچه دانشگاه انجام می شود	سیستم پایش حضور اعضاء هیأت علمی در بیمارستان وجود ندارد.

توضیحات: *شامل ساعت حضور، مأموریت آموزشی، ساعات آنکالی و سایر مستندات حضور (متج از سیستم ارزیابی عملکرد یکپارچه اساتید)

مستنداتی اعم از گزارش تایمکس و یا ثبت در دفتر ورود و خروج مبنی بر ۴۴ ساعت کار اعضای هیئت علمی و ۵۴ ساعت کار اعضای هیئت علمی تمام وقت جغرافیایی لازم است.

استاندارد ۲-۳

سازوکارهای مناسب برای توانمندسازی اعضای هیأت علمی وجود دارد.

سنجه جنرال و تک تخصصی

بیمارستان با همکاری دانشگاه و دانشکده مربوطه برنامه توانمندسازی اعضای هیأت علمی را تدوین و اجرا می نماید.

سطح سنجه وزن سنجه

پایه ۳

روش ارزیابی		ملاک ارزیابی	
مستندات		تدوین برنامه توانمندسازی اعضای هیأت علمی بر اساس اولویت ها و نیاز آموزشی بیمارستان*	
مصاحبه با معاون آموزشی و اعضای هیأت علمی و مستندات اجرا		اجرای برنامه تدوین شده	
امتیاز			
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)
	برنامه توانمندسازی اعضای هیأت علمی در بیمارستان وجود دارد و کامل اجرا می گردد.	برنامه توانمندسازی اعضای هیأت علمی در بیمارستان وجود دارد ولی کمتر از ۵۰٪ آن انجام می شود.	برنامه توانمندسازی اعضای هیأت علمی در بیمارستان وجود ندارد.
توضیحات: *مانند چالش های بیمارستانی مصوبات کمیته ها، نظرسنجی ها، شکایات و....			

مستنداتی از برنامه های توانمندسازی دانشگاه و دفتر توسعه و مصوبات کمیته های بیمارستانی که منجر به برگزاری دوره های توانمندسازی می شود و همچنین مکاتبه معاون آموزشی به روسای بخش ها مبنی بر اعلام نیازهای آموزشی اعضای هیأت علمی، روند اخذ مجوز و اجرای آن لازم است.

استاندارد ۳د-۶ نسخه قبل
عنوان نیازسنجی و مرکز مطالعات
دانشگاه حذف شده
در قسمت روش ارزیابی مصاحبه با معاون
آموزشی و اعضا هیئت علمی اضافه شده

استاندارد ۳د-۲- نسخه قبل
در سطح ۱ و ۲ عنوان (پژوهشی
و فعالیت های درمانی و
استانداردهای کالبدی) اضافه
شده و از ضرورتی به ترجیحی
تغییر یافته

مستنداتی از
تعداد اعضای
هیئت علمی و
پزشکان
قراردادی و
درمانی در هر
بخش و حضور
آنها لازم است.
اگر تعداد
نزدیک به
استانداردهای
کالبدی باشد
قابل قبول
است.

استاندارد ۲-۴

تعداد و تنوع اعضاء هیات علمی موجود در مرکز باید متناسب با وظایف آموزشی، پژوهشی و فعالیت های درمانی بخش ها و تعدد و مطابق با مقررات جاری دانشگاه / وزارت متبوع باشد.

سطح سنجه ۱ جنرال و تک تخصصی

تعداد اعضاء هیات علمی حاضر در بیمارستان با وظایف آموزشی و پژوهشی و فعالیت های درمانی بخش ها بر اساس استانداردهای آموزشی وزارت متبوع (استانداردهای کالبدی و کوریکولوم های آموزشی) متناسب می باشد.

وزن سنجه		۳
سطح سنجه		ترجیحی
ملاک ارزیابی		
روش ارزیابی	روش ارزیابی	
مستندات	وجود تناسب بین تعداد اعضاء هیات علمی با وظایف آموزشی، مطابق با کوریکولوم**	
مستندات	وجود تناسب بین تعداد اعضاء هیات علمی با فعالیت های آموزشی بخش ها بر اساس شاخص های عملکردی	
امتیاز		
صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)
کمتر از ۷۰٪ تناسب کوریکولوم رعایت شده است.	۷۰ تا ۸۴٪ تناسب ذکر شده در کوریکولوم رعایت شده است.	بیش از ۸۵٪ تناسب ذکر شده در کوریکولوم رعایت شده است.

توضیحات: * پزشکی (عمومی و دوره های بالاتر) و پیراپزشکی
** پیوست راهنمای ارزشیابی و اعتباربخشی اختصاصی آموزشی بیمارستان های آموزشی
به دستورالعمل استانداردهای کالبدی پزشکی عمومی و کوریکولوم های برنامه های آموزشی استناد شود.

جنرال و تک تخصصی

تعداد اعضاء هیات علمی حاضر در بیمارستان با تعداد فراگیران بر اساس استانداردهای آموزشی وزارت متبوع (استانداردهای کالبدی و کوریکولوم های آموزشی) متناسب می باشد.

وزن سنجه		۳
سطح سنجه		ترجیحی
ملاک ارزیابی		
روش ارزیابی	روش ارزیابی	
مستندات	وجود تناسب بین تعداد اعضاء هیات علمی با تعداد فراگیران**	
امتیاز		
صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)
کمتر از ۷۰٪ تناسب کوریکولوم رعایت شده است.	۷۰ تا ۸۴٪ تناسب ذکر شده در کوریکولوم رعایت شده است.	بیش از ۸۵٪ تناسب ذکر شده در کوریکولوم رعایت شده است.

توضیحات: * پزشکی (عمومی و دوره های بالاتر) و پیراپزشکی، مطابق با ضوابط و استانداردهای وزارت متبوع
** پیوست راهنمای ارزشیابی و اعتباربخشی اختصاصی آموزشی بیمارستان های آموزشی

استاندارد ۲-۵

بیمارستان متناسب با مأموریت و وظایف آموزشی و درمانی خود دارای فرآیند تعریف شده همکاری با گروه‌های مختلف پزشکی، پرستاری، پیراپزشکی و توانبخشی، داروسازی بالینی، تغذیه، اپیدمیولوژیست و پزشکی اجتماعی می‌باشد.

سنجه جنرال و تک تخصصی

فرآیند همکاری گروه‌های مختلف پزشکی، پرستاری، پیراپزشکی و توانبخشی، داروسازی بالینی، تغذیه، اپیدمیولوژی و پزشکی اجتماعی در برنامه‌های آموزشی متناسب با فعالیت‌های آموزشی و درمانی تدوین شده است.

وزن سنج

۱

سطح سنج

ترجیحی

روش ارزیابی	ملاک ارزیابی
مستندات	تدوین فرآیند همکاری گروه‌های مختلف پزشکی، پرستاری، پیراپزشکی و توانبخشی، داروسازی بالینی، تغذیه، اپیدمیولوژی و پزشکی اجتماعی در برنامه‌های آموزشی*

امتیاز

غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)
	فرآیند همکاری گروه‌های ذکر شده در سنج در برنامه‌های آموزشی تدوین شده و بر اساس آن همکاری انجام می‌شود.	فرآیند همکاری گروه‌های ذکر شده در سنج در برنامه‌های آموزشی تدوین شده است.	فرآیند همکاری گروه‌های ذکر شده در سنج در برنامه‌های آموزشی تدوین نشده است.

توضیحات: *مانند گزارش صبحگاهی، راندهای آموزشی، ژورنال کلاب‌ها، کمیته‌ها و کنفرانس‌های آموزشی

مستنداتی اعم از تدوین فرایند همکاری های بین رشته ای در برنامه آموزشی بخش های مختلف لازم است.

استاندارد ۳-۷- نسخه قبل
تغییر وزن سنجه
رفتار حرفه ای حذف شده
تبدیل از ضروری به ترجیحی
در روش ارزیابی، مصاحبه با معاون
آموزشی و اعضا هیئت علمی اضافه
شده

استاندارد ۲-۶

سازوکارهای مدون برای تشویق اعضای هیأت علمی که مأموریت‌های، آموزشی و پژوهشی خود را بخوبی انجام داده‌اند، وجود دارد.			
سنجه		جنرال و تک تخصصی	
تیم مدیریت آموزش بیمارستان آیین‌نامه داخلی برای تشویق اعضای هیأت علمی (با تاکید بر مشوق‌های غیرمالی) در خصوص فعالیت‌های مطلوب آموزشی و پژوهشی را تدوین نموده و توسط معاون آموزشی اجرا می‌کند.			
سطح سنجه		وزن سنجه	
ترجیحی		۲	
ملاک ارزیابی			
۱	تدوین آیین‌نامه داخلی تشویق اعضای هیأت علمی	روش ارزیابی	
۲	اجرای برنامه تدوین شده	مستندات	
		مصاحبه با معاون آموزشی و اعضا هیأت علمی و مستندات اجرا	
امتیاز			
صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)	غیر قابل ارزیابی
آیین‌نامه داخلی تشویق اعضای هیأت علمی تدوین نشده است.	آیین‌نامه داخلی تشویق اعضای هیأت علمی تدوین شده است ولی بر اساس آن عمل نمی‌شود یا اعضای هیأت علمی از آن اطلاع ندارند.	آیین‌نامه داخلی تشویق اعضای هیأت علمی تدوین شده است و به اطلاع اعضای هیأت علمی رسیده و مستندات تشویق وجود دارد.	

مستنداتی در خصوص اقدامات بیمارستان در معرفی و تشویق اعضای هیئت علمی بطور مثال پزشک برتر، پژوهشگر برتر، پزشک بیمار محور، اطلاع رسانی در بخش‌ها و درج خبر روی سایت و ... لازم است.

استاندارد ۳۵-۹ نسخه قبل
تغییر وزن سنجه
تبدیل از ضروری به ترجیحی

استاندارد ۲-۷

بیمارستان سازوکار مناسب برای سنجش رضایت اعضای هیأت علمی از امکانات آموزشی و رفاهی را دارد و اقدامات اصلاحی مورد نیاز جهت افزایش رضایت مندی اعضای هیأت علمی صورت می گیرد.

سنجه	جزرال و تک تخصصی
بیمارستان در فواصل زمانی مشخص (حداقل سالانه) نسبت به سنجش رضایت مندی اعضای هیأت علمی از امکانات آموزشی و رفاهی اقدام می نماید.	
سطح سنجه	وزن سنجه
ترجیحی	۲

ملاک ارزیابی		روش ارزیابی
۱	وجود فرم، برنامه، روش و چگونگی رضایت سنجی اعضای هیأت علمی از امکانات آموزشی و رفاهی	مستندات
۲	انجام رضایت سنجی هیأت علمی از امکانات آموزشی و رفاهی	مستندات
۳	اجرای اقدام اصلاحی	مصاحبه و مستندات

امتیاز			
صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)	غیر قابل ارزیابی
سنجش رضایت مندی اعضای هیأت علمی از امکانات آموزشی رفاهی انجام نشده است.	سنجش رضایت مندی اعضای هیأت علمی از امکانات آموزشی رفاهی انجام شده است.	سنجش رضایت مندی اعضای هیأت علمی از امکانات آموزشی رفاهی و اقدامات اصلاحی بر اساس نتایج نظر سنجی، انجام شده و اعضای هیأت علمی آن را تأیید می کنند.	

مستنداتی مبنی بر وجود برنامه رضایت سنجی و فرم رضایت سنجی، نحوه اجرا و اقدامات اصلاحی با توجه به پایش و ارائه بازخورد به رئیس بخش و اعضای هیئت علمی لازم است.

استاندارد ۳-۴ نسخه قبل
عنوان خلاصه شده
تغییر وزن سنجه

استاندارد ۲-۸

بهرتر است مترون بیمارستان که عضو شورای آموزشی بیمارستان می باشد هیأت علمی باشد.

سنجه جنرال و تک تخصصی

مترون بیمارستان عضو هیأت علمی بوده و دارای ابلاغ/ حکم می باشد.

وزن سنجه		سطح سنجه	
۱		ترجیحی	
روش ارزیابی		ملاک ارزیابی	
مستندات		وجود حکم/ ابلاغ هیأت علمی مدیر پرستاری بیمارستان.	
امتیاز			
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)
	مترون بیمارستان عضو هیأت علمی و عضو شورای آموزشی بیمارستان می باشد.	مترون بیمارستان عضو شورای آموزشی بیمارستان است ولی عضو هیأت علمی نمی باشد.	مترون بیمارستان عضو شورای آموزشی بیمارستان نیست.

مترون بیمارستان عضو تیم مدیریت آموزشی است (ابلاغ عضویت) و ممکن است عضو هیئت علمی نباشد.

محور شماره (۳)

فراگیران

استاندارد ۴-۱-انسخه قبل
پرستاران در مقدمه و توضیحات حذف شده
تغییر وزن سنج
در روش ارزیابی معاون آموزشی اضافه شده

استاندارد ۳-۱

معاونت آموزشی بیمارستان سازوکار و برنامه مكتوب و مشخصی برای آشنایی فراگیران در رده‌های مختلف با محیط آموزشی، اعضاء هیات علمی، مدیریت بیمارستان و مقررات داخلی بیمارستان و الزامات و قوانین مرتبط کشوری، ایمنی و بهداشت، رعایت حقوق بیمار، نحوه ارتباطات درون و برون سازمانی، امکانات مختلف، نحوه تکمیل پرونده بیمار، نحوه همکاری فراگیران در آموزش، شناخت استانداردهای زیست محیطی، شرح وظایف و اختیارات دانشجویان دارد و آنها را بطور مرتب و در فواصل مشخص اجرا می‌کند.

سنجه	جزرال و تک تخصصی
بیمارستان برنامه توجیهی* بدو ورود برای رده‌های مختلف فراگیران را اجرا می‌نماید.	
سطح سنجه	وزن سنجه
پایه	۲

ملاک ارزیابی		روش ارزیابی	
۱	وجود برنامه توجیهی مدون بدو ورود برای رده‌های مختلف فراگیران	مستندات	
۲	اجرای برنامه توجیهی مدون بدو ورود برای رده‌های مختلف فراگیران	مصاحبه با فراگیران و معاون آموزشی	
امتیاز			
	صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)
	بیمارستان برنامه توجیهی بدو ورود برای فراگیران ندارد.	بیمارستان برنامه توجیهی بدو ورود برای فراگیران دارد.	بیمارستان برنامه توجیهی بدو ورود برای فراگیران دارد و کامل اجرا می‌شود.

توضیحات:

*برنامه توجیهی بدو ورود فراگیران شامل آشنایی فراگیران در رده‌های مختلف با محیط آموزشی، اعضاء هیات علمی، مدیریت بیمارستان و مقررات داخلی بیمارستان و الزامات و قوانین مرتبط کشوری، ایمنی و بهداشت، رعایت حقوق بیمار، نحوه ارتباطات درون و برون سازمانی، امکانات مختلف، نحوه تکمیل پرونده بیمار، نحوه همکاری فراگیران در آموزش، شناخت استانداردهای زیست محیطی، شرح وظایف و اختیارات دانشجویان می‌باشد.

مستنداتی در خصوص برنامه توجیهی فراگیران در مقاطع مختلف (کتابچه یا لینک آدرس) و اجرای آن و ارائه برنامه آموزشی به فراگیران در خصوص برنامه کلاسی، روزهای مورنینگ و... و نحوه ارزشیابی لازم است.

استاندارد ۴د-۶نسخه قبل
سایر فراگیران حذف شده

استاندارد ۲-۳

بیمارستان برنامه‌های مشخص و مدونی برای آشنایی دستیاران با الزامات نظام بیمه‌ای و درمانی جاری دارد.

سنجه		جنرال و تک تخصصی	
در برنامه توجیهی بیمارستان برنامه‌ای برای آشنایی دستیاران با الزامات نظام بیمه‌ای و درمانی وجود دارد.			
سطح سنجه		وزن سنجه	
پایه		۲	
ملاک ارزیابی		روش ارزیابی	
۱	تاکید بر الزامات نظام بیمه‌ای و درمانی در برنامه توجیهی دستیاران	مستندات	
۲	آگاهی دستیاران از الزامات نظام بیمه‌ای و درمانی	مصاحبه با دستیاران	
امتیاز			
صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)	غیر قابل ارزیابی
در برنامه توجیهی دستیاران، به الزامات نظام بیمه‌ای و درمانی اشاره نشده است.	در برنامه توجیهی دستیاران به الزامات نظام بیمه‌ای و درمانی اشاره شده است.	در برنامه توجیهی دستیاران به الزامات نظام بیمه‌ای و درمانی اشاره شده و دستیاران از الزامات آن آگاهی دارند.	بیمارستان‌هایی که دستیار ندارند

لازم است مستنداتی مبنی بر آموزش سامانه نسخه الکترونیکی و نحوه دسترسی به آن، نحوه تکمیل پرونده‌های درمانگاه، بستری و اتاق عمل (اعم از لیست حضور و غیاب با قید تاریخ) لازم است.

استاندارد ۴د-۴-نسخه قبل
تغییر وزن سنجه
در توضیحات بخش امتیاز،
پاسخگویی به رئیس بخش و معاون
آموزشی حذف شده

استاندارد ۳-۳

در بیمارستان آموزشی سازوکاری طراحی شده که دستیاران تخصصی و تحصیلات تکمیلی به ازای اقدامات درمانی خود علاوه بر استاد مربوطه و رئیس بخش مربوطه در مقابل معاون آموزشی و رئیس بیمارستان نیز پاسخگو می‌باشند.

سنجه		جنرال و تک تخصصی	
بیمارستان دستورالعمل کشوری (ابزارهای ارزشیابی و پایبندی به اصول حرفه‌ای دستیاران) را اجرا می‌نماید.			
سطح سنجه		وزن سنجه	
پایه		۲	
ملاک ارزیابی		روش ارزیابی	
۱	اجرای دستورالعمل کشوری ارزشیابی و پایبندی به اصول حرفه‌ای دستیاران	مستندات و مصاحبه	روش ارزیابی
۲	پاسخگویی دستیاران به رئیس بخش و معاون آموزشی	مستندات و مصاحبه با معاون آموزشی	روش ارزیابی

امتیاز

صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)	غیر قابل ارزیابی
دستورالعمل کشوری ارزشیابی و پایبندی به اصول حرفه‌ای دستیاران اجرا نمی‌شود.	دستورالعمل کشوری ارزشیابی و پایبندی به اصول حرفه‌ای دستیاران کمتر از ۵۰٪ اجرا می‌شود.	دستورالعمل کشوری ارزشیابی و پایبندی به اصول حرفه‌ای دستیاران بطور کامل اجرا می‌شود.	بیمارستان‌هایی که دستیار ندارند

مستنداتی در خصوص اجرای دستورالعمل کشوری ارزشیابی و پایبندی به اصول اخلاقی حرفه‌ای دستیاران، تکمیل فرم اصول حرفه‌ای بر ای فراگیران و تشکیل جلسه بررسی مشکلات و پاسخگویی دستیاران به رئیس بخش و معاون آموزشی لازم است.

استاندارد ۳-۴

استاندارد ۲۵-۳ نسخه قبل

مدارک و مستندات لازم در رابطه با وضعیت آموزشی فراگیران موجود است.

سنجه **جزرال و تک تخصصی**

کلیه فراگیران در بیمارستان دارای پرونده یا سوابق آموزشی* می‌باشند.

سطح سنجه		وزن سنجه
پایه		۳
ملاک ارزیابی		
روش ارزیابی		
مستندات و مشاهده	وجود حداقل‌های تعریف شده در پرونده کلیه فراگیران	
مشاهده و مصاحبه	دسترسی معاونت آموزشی به پرونده یا سوابق آموزشی فراگیران	
امتیاز		
صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)
پرونده آموزشی فراگیران کامل نمی‌باشد.	پرونده آموزشی فراگیران کامل می‌باشد اما معاون آموزشی بیمارستان به پرونده‌ها دسترسی ندارد.	پرونده آموزشی فراگیران کامل می‌باشد و معاون آموزشی بیمارستان به پرونده‌ها دسترسی دارد.
توضیحات		
* پرونده (سوابق آموزشی) فراگیران پیراپزشکی حداقل شامل معرفی‌نامه، تاریخ شروع و پایان دوره یا تعداد روزها و ساعات آموزشی و بخش‌های معرفی شده و گواهی پایان دوره می‌باشد. پرونده (سوابق آموزشی) فراگیران پزشکی حداقل شامل معرفی‌نامه (بخش معرفی شده، تاریخ شروع و پایان دوره) نتایج آزمون‌های داخلی بخش‌ها، نتایج آزمون‌های ارتقاء، آزمون گواهینامه و دانشنامه تخصصی و فوق تخصصی می‌باشد. در ضمن مستندات می‌تواند به صورت یک پرونده یا پورتفولیوی الکترونیک با دسترسی تعریف شده معاونت آموزشی بیمارستان موجود باشد. وجود معرفی‌نامه، دفتر حضور و غیاب و مستندات ثبت و ارسال نمره قابل قبول است.		

مستنداتی از وجود پرونده آموزشی فراگیران در بیمارستان اعم از روتیشن‌ها، نتایج آزمون‌ها و امتحانات و نمرات ارتقا لازم است.

استاندارد ۴د-۷ نسخه قبل
تغییر وزن سنجه
در روش ارزیابی مصاحبه با
فراگیران اضافه شده

استاندارد ۳-۵

امنیت فراگیران در زمان ارائه خدمات تضمین شده است.

سنجه		جزرال و تک تخصصی	
بیمارستان امنیت فراگیران را در زمان ارائه خدمات تأمین می‌نماید.			
سطح سنجه		وزن سنجه	
پایه		۳	
ملاک ارزیابی		روش ارزیابی	
۱	دستورالعمل‌های داخلی تیم حفاظت، امنیت بیمارستان (مانند شرح وظایف تیم انتظامات، مکان‌های تعیین شده برای نگهداری، دوربین‌های مدار بسته، برنامه فراخوان اعضای تیم انتظامات، برنامه حضور و ...)	مستندات	
۲	اجرای دستورالعمل فوق	مصاحبه با فراگیران، انتظامات و مستندات اجرا	
امتیاز			
صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)	غیر قابل ارزیابی
دستورالعمل داخلی تیم حفاظت و امنیت بیمارستان تدوین نشده است.	دستورالعمل داخلی تیم حفاظت و امنیت بیمارستان تدوین شده است.	دستورالعمل داخلی تیم حفاظت و امنیت بیمارستان تدوین شده و کارکنان انتظامات از آن اطلاع داشته و مستندات آن موجود است	

مستنداتی در خصوص تدوین و تصویب دستورالعمل داخلی تیم حفاظت بیمارستان، اجرا و نحوه نظارت بر آن لازم است.

استاندارد ۴-۹- نسخه قبل
تفکیک اقامتگاه حذف شده

استاندارد ۳-۶

اقامتگاه مناسبی برای فراگیران در نظر گرفته شده و در آنها امکانات تغذیه و استراحت و دسترسی به منابع الکترونیک پیش بینی شده است.

سنجه		جنرال و تک تخصصی	
بیمارستان پاوون، امکانات تغذیه و استراحت و دسترسی به منابع الکترونیک برای فراگیران فراهم نموده است.			
سطح سنجه		وزن سنجه	
پایه		۳	
ملاک ارزیابی		روش ارزیابی	
۱	وجود پاوون با امکانات تغذیه و استراحت و دسترسی به منابع الکترونیک برای فراگیران	مشاهده	
امتیاز			
صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)	غیر قابل ارزیابی
اقامتگاه برای فراگیران وجود ندارد.	پاوون برای فراگیران با ۵۰٪ امکانات ذکر شده در سنجه وجود دارد.	پاوون برای فراگیران با امکانات تغذیه و استراحت و دسترسی به منابع الکترونیک وجود دارد.	

استاندارد ۴۵-۸ نسخه قبل
تغییر وزن سنج

استاندارد ۷-۳

محل مناسبی برای رختکن دانشجویان و کمد به تفکیک آقا و خانم در بیمارستان موجود است.

سنجه جنرال و تک تخصصی

بیمارستان محل مناسب* برای رختکن فراگیران به تفکیک آقا و خانم تأمین نموده است.

سطح سنج

وزن سنج

پایه

۳

روش ارزیابی

ملاک ارزیابی

مشاهده

۱ وجود رختکن مناسب به تفکیک فراگیران آقا و خانم

امتیاز

صفر (۰)

یک (۱)

دو (۲)

غیر قابل ارزیابی

رختکن به تفکیک فراگیران آقا و خانم وجود ندارد.

رختکن به تفکیک فراگیران آقا و خانم وجود دارد.

رختکن به تفکیک فراگیران آقا و خانم وجود دارد و از نظر فضای فیزیکی و شرایط بهداشتی مناسب است.

توضیحات: * منظور از مناسب، دارا بودن حداقل شرایط بهداشتی و امنیتی با نور و تهویه مناسب است. رختکن خانمها دارای ایمن با قفل درب از داخل می باشد.

استاندارد ۴د-۲ نسخه قبل
تغییر وزن سنجه
تبدیل از ضروری به ترجیحی

استاندارد ۳-۸

بیمارستان سازوکار مشخص برای سنجش رضایت فراگیران دارد و اقدامات اصلاحی مورد نیاز برای افزایش رضایت فراگیران صورت می گیرد.

سنجه		جنرال و تک تخصصی	
بیمارستان در فواصل زمانی مشخص نسبت به سنجش رضایت مندی فراگیران از امکانات آموزشی و رفاهی اقدام می نماید و در خصوص اجرای اقدامات اصلاحی، مداخلات لازم را انجام می دهد.			
سطح سنجه		وزن سنجه	
ترجیحی		۲	
ملاک ارزیابی		روش ارزیابی	
۱	وجود فرم، برنامه، روش و چگونگی رضایت سنجی فراگیران از امکانات آموزشی و رفاهی	مستندات	
۲	اجرای رضایت سنجی فراگیران از امکانات آموزشی و رفاهی	مصاحبه با فراگیران	
۳	اجرای اقدام اصلاحی	مصاحبه	
امتیاز			
صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)	غیر قابل ارزیابی
سنجش رضایت مندی فراگیران از امکانات آموزشی رفاهی انجام نشده است.	سنجش رضایت مندی فراگیران از امکانات آموزشی رفاهی و.. انجام می شود.	سنجش رضایت مندی فراگیران از امکانات آموزشی رفاهی و اقدامات اصلاحی بر اساس نتایج نظر سنجی، انجام شده و فراگیران آن را تأیید می کنند.	

در خصوص امکانات آموزشی لازم است چک لیستی از حداقل امکانات برای حضور فراگیران در اتاق عمل، درمانگاه و بخش های مختلف تهیه شود و ضمن تکمیل فرم رضایت سنجی توسط فراگیران، نتایج آن به اطلاع مسئول آموزشی بخش مربوطه رسانده شود و اقدامات اصلاحی لازم بعمل آید. (مستندات)

استاندارد ۴-۳- نسخه قبل
تغییر وزن سنج
بندیل از ضروری به ترجیحی
در روش ارزیابی مصاحبه با فراگیران اضافه شده

استاندارد ۳-۹

بیمارستان از دسترسی بی واسطه فراگیران به مسئولین آموزشی از جمله معاون آموزشی اطمینان حاصل می نماید.

سنجه		جنرال و تک تخصصی	
بیمارستان فرآیندی برای ارتباط بی واسطه فراگیران با معاون آموزشی را تدوین نموده و بر اساس آن عمل می نماید.			
سطح سنجه		وزن سنجه	
ترجیحی		۱	
ملاک ارزیابی		روش ارزیابی	
۱ وجود فرآیند ارتباط بی واسطه فراگیران با معاون آموزشی		مستندات و مصاحبه با فراگیران	
امتیاز			
صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)	غیر قابل ارزیابی
فرآیند مدون ارتباط بی واسطه فراگیران با معاون آموزشی وجود ندارد.	فرآیند مدون ارتباط بی واسطه فراگیران با معاون آموزشی تدوین شده است.	فرآیند مدون ارتباط بی واسطه فراگیران با معاون آموزشی وجود دارد و فراگیران از آن اطلاع دارند.	

فرآیند ارتباط بی واسطه فراگیران با معاون و کارشناسان آموزشی و روز و ساعات ملاقات تدوین و اطلاع رسانی شود.

استاندارد ۴۵-۵ نسخه قبل
تغییر وزن سنجه

استاندارد ۳-۱۰

بیمارستان سازوکار مدون برای مستندسازی و بهره‌گیری از بازخوردها و تجارب فراگیران دارد.

سنجه **جنرال و تک تخصصی**

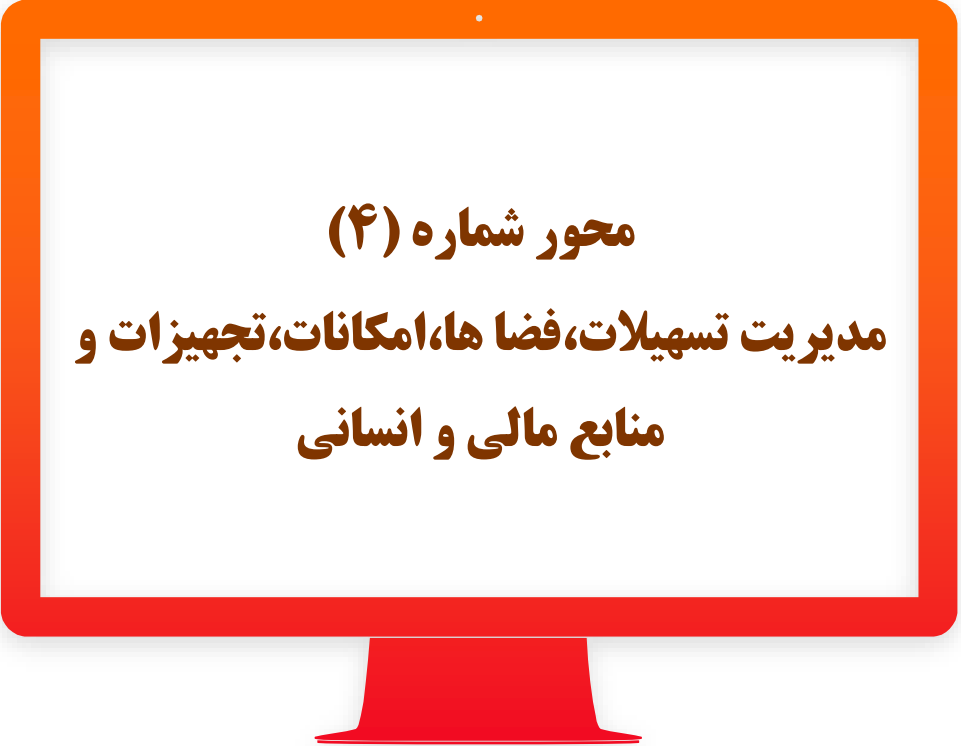
دستورالعمل به اشتراک گذاری تجارب فراگیران در بیمارستان تدوین شده و اجرا می‌گردد.

سطح سنجه	وزن سنجه
ترجیحی	۲
ملاک ارزیابی	
روش ارزیابی	تدوین و اجرای دستورالعمل به اشتراک گذاری تجارب فراگیران
مستندات	استفاده از تجارب فراگیران در برنامه‌ریزی آموزشی
مصاحبه با فراگیران و مسئولین آموزشی	

امتیاز

صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)	غیر قابل ارزیابی
دستورالعمل به اشتراک گذاری تجارب فراگیران تدوین نشده است.	دستورالعمل به اشتراک گذاری تجارب فراگیران تدوین شده است.	دستورالعمل به اشتراک گذاری تجارب فراگیران تدوین شده و از تجارب آنها در برنامه‌ریزی آموزشی استفاده می‌شود.	

مستنداتی در خصوص تدوین دستورالعمل به اشتراک گذاری تجارب و اطلاع رسانی به فراگیران لازم است (برنامه جلسات، صورتجلسات و نمونه ای از موارد استفاده از تجربیات فراگیران ...). بعنوان مثال هر ۶ ماه جلسات آموزشی با حضور نمایندگان فراگیران و رزیدنت های ارشد، مسئول آموزش فراگیران در بخش ها و معاون آموزشی برگزار شود و مسائل و مشکلات آنها مطرح و از راهکارهای پیشنهادی آنها استفاده شود.



محور شماره (۴)
مدیریت تسهیلات، فضاها، امکانات، تجهیزات و
منابع مالی و انسانی

استاندارد ۵۵-۱-۱ نسخه قبل
تغییر وزن سنجه
در قسمت توضیحات استناد به دستورالعمل های
کالبدی پزشکی عمومی و کوریکولوم ها اضافه
شده

استاندارد ۴-۱

بیمارستان فضا و تجهیزات مناسب برای ارائه خدمات آموزشی به فراگیران متناسب با تعداد فراگیران و برنامه های آموزشی و نوع خدمات در فضاهای مختلف مراقبتی فراهم کرده است.			
سنجه		جزرال و تک تخصصی	
بیمارستان حداقل فضا* و تجهیزات برای ارائه خدمات آموزشی به فراگیران متناسب با تعداد فراگیران و برنامه های آموزشی و نوع خدمات، در فضاهای مختلف مراقبتی فراهم کرده است.			
سطح سنجه		وزن سنجه	
پایه		۳	
ملاک ارزیابی		روش ارزیابی	
۱	تامین حداقل فضا برای ارائه خدمات آموزشی	مشاهده	
۲	تامین تجهیزات تشخیصی درمانی** مناسب برای ارائه خدمات آموزشی	مشاهده و مصاحبه با رئیس بخش و فراگیر	
امتیاز			
صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)	غیر قابل ارزیابی
بیمارستان حداقل فضا و تجهیزات برای آموزش فراگیران فراهم نکرده است.	حداقل فضا و تجهیزات برای ارائه خدمات آموزشی به فراگیران وجود دارد.	در بیمارستان حداقل فضا و تجهیزات آموزشی لازم متناسب با تعداد فراگیر وجود دارد.	
توضیحات: * برای تمام گروه های آموزشی دارای فراگیر در بیمارستان، بخش و درمانگاه، اتاق عمل، و سایر محیط های آموزشی مرتبط وجود داشته باشد. (پیوست راهنمای ارزشیابی و اعتباربخشی اختصاصی آموزشی بیمارستان های آموزشی) ** منظور، دسترسی فراگیران به تجهیزات تشخیصی و درمانی می باشد. به دستورالعمل استانداردهای کالبدی پزشکی عمومی و کوریکولوم های برنامه های آموزشی استناد شود.			

مستنداتی اعم از لیستی از فراگیران به تفکیک رشته های پزشکی و غیر پزشکی، لیستی از تجهیزات کمک آموزشی و کلاس درس در هر درمانگاه و بخش لازم است. بطور مثال درمانگاه باید اتاق شرح حال و فضای معاینه داشته باشد.

استاندارد ۵-۴- نسخه قبل
در قسمت توضیحات استاندارد به
دستورالعمل های کالبدی پزشکی عمومی
و کوریکولوم ها اضافه شده

استاندارد ۴-۲

تعداد کلاس های درس، اتاق های برای بحث گروهی کوچک و سالن های کنفرانس به نسبت برنامه های در حال اجرا و تعداد فراگیران باید کافی بوده و حداقل از امکانات مناسب آموزشی برخوردار باشد.

بیمارستان مناسب* با برنامه های آموزشی بخش ها (گزارش صبحگاهی ..) و تعداد فراگیران، فضاهای مناسب** با امکانات آموزشی اختصاص داده است.

سنجه	جنرال و تک تخصصی
سطح سنجه	وزن سنجه
پایه	۳

ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
وجود فضاهای مناسب با امکانات آموزشی	مشاهده

امتیاز			
صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)	غ قابل ارزیابی
فضا و امکانات آموزشی متناسب با برنامه آموزشی بخش ها وجود ندارد.	در بعضی از بخش های بیمارستان، فضا و امکانات آموزشی متناسب با برنامه های آموزشی وجود دارد.	در همه بخش ها، فضا و امکانات آموزشی متناسب با برنامه های آموزشی وجود دارد.	

توضیحات: *تناسب فضا مطابق استانداردهای وزارت متبوع
**منظور از فضاها، کلاس های درس، فضای کارگاهی برای بحث های گروهی کوچک و سالن اجتماعات یا سالن آمفی تئاتر می باشد. (پیوست راهنمای ارزیابی و اعتباربخشی اختصاصی آموزشی بیمارستان های آموزشی)
به دستورالعمل استانداردهای کالبدی پزشکی عمومی و کوریکولومهای برنامه های آموزشی استناد شود

مستنداتی در خصوص تعداد کلاس های درس، سالن های آمفی تئاتر متناسب با استانداردهای کالبدی و استفاده ای که از آن می شود لازم است.

استاندارد ۵-۳- نسخه قبل

تغییر وزن سنجه

در قسمت روش ارزیابی، مصاحبه با اعضا هیات علمی و معاون آموزشی و در قسمت توضیحات اتاق با دسترسی به منابع الکترونیک اضافه شده

استاندارد ۴-۳

فضاهای کافی به عنوان دفتر کار برای فعالیت‌های آموزشی و پژوهشی معاون آموزشی و روسای بخش‌های آموزشی و اعضای هیات علمی در بخش‌ها با توجه به شرایط بیمارستان و به شرط عدم تغییر کاربری و کاهش فضاهای درمانی در نظر گرفته شده است.

سنجه جنرال و تک تخصصی

بیمارستان، فضاهای کافی به عنوان دفتر کار برای فعالیت‌های آموزشی و پژوهشی معاون آموزشی و روسای بخش‌های آموزشی و اعضای هیات علمی در بخش‌ها با توجه به شرایط بیمارستان و به شرط عدم تغییر کاربری و کاهش فضاهای درمانی اختصاص داده است.

وزن سنجه

۲

سطح سنجه

پایه

روش ارزیابی

ملاک ارزیابی

مشاهده و مصاحبه با اعضای هیات علمی و معاون آموزشی

وجود فضاهای مناسب برای دفتر کار معاون آموزشی و روسای بخش‌های آموزشی و اعضای هیات علمی

۱

امتیاز

غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)
	در همه بخش‌ها فضای کافی برای روسای بخش‌ها و اعضای هیات علمی اختصاص داده شده است.	در بعضی از بخش‌های بیمارستان فضای کافی برای روسای بخش‌ها و اعضای هیات علمی وجود دارد.	فضاهای کافی برای دفتر کار معاون آموزشی و روسای بخش‌های آموزشی و اعضای هیات علمی وجود ندارد.

توضیحات:

حداقل یک اتاق مناسب با دسترسی به منابع الکترونیک به رؤسای هر یک از بخش‌های آموزشی و اعضای هیات علمی اختصاص دارد.

مستنداتی لازم است که نشان دهد در همه بخش‌ها فضای کافی و دسترسی به منابع الکترونیک برای تیم آموزش وجود دارد.

استاندارد ۵۵-۲ نسخه قبل
در عنوان درمانگاه یا کلینیک های ویژه
در قسمت توضیحات امتیاز کلینیک ویژه
حذف شده

استاندارد ۴-۴

درمانگاه یا کلینیک های ویژه برای آموزش فراگیران و دستیاران تخصصی و فوق تخصصی و تحصیلات تکمیلی در بیمارستان فعال می باشد.

سنجه	جنرال و تک تخصصی
بیمارستان درمانگاه جنرال و تخصصی برای آموزش فراگیران اختصاص داده است و فراگیران مربوطه در درمانگاه آموزشی تحت نظارت اعضاء هیأت علمی آموزش می بینند.	

سطح سنجه	وزن سنجه
پایه	۳

ملاک ارزیابی		روش ارزیابی
۱	وجود درمانگاه برای آموزش فراگیران	مشاهده
۲	حضور و نظارت هیأت علمی بر آموزش فراگیران در درمانگاه	مستندات حضور هیأت علمی در درمانگاه

امتیاز		
صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)
درمانگاه آموزشی وجود ندارد.	درمانگاه آموزشی وجود دارد.	درمانگاه آموزشی وجود دارد و کاملاً توسط اعضاء هیأت علمی پوشش داده می شود.
غیر قابل ارزیابی		

مستنداتی در خصوص وجود درمانگاه های فعال برای کلیه گروه های فراگیران و حضور هیئت علمی و فراگیر در آن اعم از ارائه برنامه آموزشی درمانگاه ، لیست حضور و غیاب و عکس لازم است.

استاندارد ۵۵-۹ نسخه قبل
تغییر وزن سنج

استاندارد ۴-۵

پرستل کافی خدمات آموزشی (کارشناسان آموزشی، منشی آموزشی، و...) و امکانات اداری متناسب با برنامه‌های آموزشی در حال اجرا و تعداد فراگیران توسط بیمارستان تأمین شده است.

سنجه | **جنرال و تک تخصصی**

بیمارستان، متناسب با برنامه‌های آموزشی در حال اجرا، نیروی انسانی خدمات آموزشی و امکانات اداری برای پشتیبانی اجرای برنامه آموزشی را تأمین نموده است.

سطح سنج

وزن سنج

پایه

۲

ملاک ارزیابی

روش ارزیابی

مشاهده و مصاحبه با معاون آموزشی

تأمین نیروی انسانی آموزشی و امکانات اداری

۱

امتیاز

صفر (۰)

یک (۱)

دو (۲)

غیر قابل ارزیابی

نیروی انسانی آموزشی و امکانات اداری متناسب با برنامه‌های آموزشی وجود ندارد.

نیروی انسانی آموزشی و امکانات اداری متناسب با برنامه‌های آموزشی در حدود ۵۰٪ وجود دارد

نیروی انسانی آموزشی و امکانات اداری کاملاً متناسب با برنامه‌های آموزشی وجود دارد.

توضیحات * مطابق با ضوابط وزارت متبوع

مستنداتی در خصوص حضور تعداد کافی کارشناس و منشی آموزشی متناسب با تعداد فراگیران لازم است. از فراگیران نباید در فرایند آموزش بعنوان نیروی کار بیمارستان استفاده نمود این امر امتیاز منفی تلقی می شود.

**استاندارد ۵۵-۶ نسخه قبل
تغییر وزن سنجه**

استاندارد ۴-۶			
کتابخانه و فضای مطالعه متناسب با تعداد و نیاز اساتید و فراگیران در بیمارستان وجود دارد.			
سنجه		جنرال و تک تخصصی	
در بیمارستان فضای مطالعه و کتابخانه وجود دارد.			
سطح سنجه		وزن سنجه	
پایه		۳	
روش ارزیابی		ملاک ارزیابی	
مشاهده		وجود کتابخانه و فضای مطالعه (قرائت‌خانه)	
امتیاز			
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)
	کتابخانه و فضای مطالعه در بیمارستان متناسب با تعداد فراگیر و هیأت علمی وجود دارد.	کتابخانه و فضای مطالعه در بیمارستان وجود دارد ولی متناسب با تعداد فراگیر و هیأت علمی نیست.	کتابخانه و فضای مطالعه در بیمارستان وجود ندارد.

مستنداتی در خصوص وجود فضای مطالعه کافی با نور و تهویه مناسب و کتابخانه متناسب با تعداد فراگیران و اعضای هیئت علمی، لیستی از کتب و ژورنال های تهیه شده، لازم است.

استاندارد ۷-۴

بیمارستان کتب مرجع و مجلات مورد نیاز و منابع به روز آموزشی را برای تمام بخش‌ها و رشته‌های مختلف تهیه می‌نماید و امکان جستجوی منابع و استفاده از کتابخانه الکترونیک و منابع ارائه‌دهنده متن کامل مقالات فراهم می‌باشد.

سنجه **جنرال و تک تخصصی**
بیمارستان، دسترسی به کتب مرجع تخصصی و مجلات علمی به روز و منابع آموزشی برای تمام بخش‌های آموزشی و رشته‌های مختلف درمانی فراهم نموده است.

وزن سنجه	سطح سنجه
۳	پایه

ملاک ارزیابی		روش ارزیابی	
۱	دسترسی به کتب مرجع	مشاهده و مصاحبه با فراگیران و اعضای هیأت علمی	
۲	دسترسی به مجلات علمی مورد نیاز و به روز شده	مشاهده و مصاحبه با فراگیران و اعضای هیأت علمی	

امتیاز

صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)	غیر قابل ارزیابی
دسترسی به کتب مرجع و مجلات علمی به روز شده فراهم نمی‌باشد	دسترسی به کتب مرجع یا مجلات علمی فراهم می‌باشد	دسترسی به کتب مرجع و مجلات علمی به روز شده فراهم است.	

مستنداتی مبنی بر وجود کتب تخصصی متناسب با تخصص بیمارستان و امکان جستجوی منابع و مستندات، بروز رسانی و خریداری کتب جدید، فرم‌ها و چک لیست‌های رضایت‌سنجی از اعضای هیئت علمی و فراگیران و پایش و تحلیل آن لازم است. نکته: دستکاپ‌های کتابخانه امکان جستجوی در لحظه را برای ارزیابان فراهم کند.

استاندارد ۵-۸-نسخه قبل
تغییر وزن سنجه

استاندارد ۴-۸

بیمارستان مجهز به سیستم اطلاعات بیمارستانی می باشد که امکان دسترسی طبقه بندی شده برای اهداف آموزشی و پژوهشی فراهم می باشد.			
سنجه		جنرال و تک تخصصی	
بیمارستان، دارای سیستمی با امکانات استخراج، پردازش و گزارش های مختلف داده های بالینی (Clinical Data) برای اهداف آموزشی و پژوهشی می باشد.			
سطح سنجه		وزن سنجه	
ترجیحی		۲	
ملاک ارزیابی		روش ارزیابی	
۱	وجود سیستم اطلاعات بیمارستانی با حداقل امکانات تعریف شده در سنجه	مشاهده و مصاحبه	
امتیاز			
صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)	غیر قابل ارزیابی
سیستمی با امکانات استخراج، پردازش و گزارش های مختلف داده های بالینی برای اهداف آموزشی و پژوهشی وجود ندارد.	سیستمی با امکانات استخراج، پردازش و گزارش های مختلف داده های بالینی برای اهداف آموزشی و پژوهشی وجود دارد	سیستمی با امکانات استخراج، پردازش و گزارش های مختلف داده های بالینی برای اهداف آموزشی و پژوهشی وجود داشته و جهت اهداف آموزشی و پژوهشی از آن استفاده می شود.	

لازم است فرایند دسترسی سطح بندی و طبقه بندی شده فراگیران به اطلاعات بیماران و نحوه استفاده از این اطلاعات در تحقق اهداف آموزشی و پژوهشی تدوین گردد. منظور این استاندارد سیستم HIS نمی باشد (باید پرونده ها اسکن شده یا فیزیکی باشد) بعنوان نمونه بانک دیتا از بیماران MS در بیمارستان وجود دارد و کامل است و در جهت اهداف پژوهشی از آن استفاده می شود.

استاندارد ۵۵-۵-نسخه قبل
تغییر وزن سنجه

استاندارد ۹-۴

بیمارستان دارای زیرساخت‌ها و فناوری روزآمد جهت استفاده آموزشی بوده و امکان آموزشی مجازی، روش‌های نوین آموزشی و مشاوره از راه دور می‌باشد.

سنجه جنرال و تک تخصصی
بیمارستان دارای زیرساخت و فناوری روزآمد و پهنای اینترنت مناسب برای آموزش‌های مجازی و مشاوره از راه دور می‌باشد.

سطح سنجه وزن سنجه
ترجیحی ۲

ملاک ارزیابی روش ارزیابی
فراهم نمودن زیرساخت‌های مناسب برای مشاوره از راه دور و آموزش مجازی و تسهیلات مورد نیاز حوزه telemedicine مشاهده و مصاحبه با مسئول فناوری اطلاعات

امتیاز			
صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)	غیر قابل ارزیابی
زیرساخت‌های مناسب برای مشاوره از راه دور روش‌های نوین آموزشی و آموزش مجازی فراهم نمی‌باشد.	زیرساخت‌های مناسب برای مشاوره از راه دور روش‌های نوین آموزش و آموزش مجازی وجود دارد.	زیرساخت‌های مناسب برای مشاوره از راه دور و آموزش مجازی و روش‌های نوین آموزشی وجود دارد و فعال بودن این خدمات مشاهده می‌شود.	

مستنداتی در خصوص آموزش مجازی (کلاس‌ها و مورنینگ رپورت‌های مجازی) و تله مدیسن حداقل برای مشاوره از راه دور لازم است. نکته: مسئول IT بیمارستان باید توضیحات لازم را به ارزیابان ارائه نماید.



محور شماره (۵)
برنامه ها و فرایندهای آموزشی

استاندارد ۷د-۲ نسخه قبل

تغییر وزن سنج

در توضیحات امتیازات تناسب آموزش فراگیران با تعداد بیماران بستری و درمانگاه اضافه شده

و در توضیحات استناد به کوریکولوم برنامه آموزشی اضافه شده

استاندارد ۵-۱

تعداد بیمارانی که توسط هر فراگیر در عرصه‌های درمانگاه و بستری مورد مراقبت قرار می‌گیرند و تعداد بیماران پذیرش شده در هر شیفت به تعداد دانشجوی کافی بوده و سازوکارهای لازم برای آموزش دانشجویان پیش‌بینی شده است.

سنج

جنرال و تک تخصصی

برنامه‌ریزی برای آموزش فراگیران با توجه به تعداد بیماران پذیرش شده در درمانگاه و بخش‌های بستری انجام می‌شود.

سطح سنج

وزن سنج

پایه

۲

ملاک ارزیابی

روش ارزیابی

مستندات و مصاحبه با رؤسای بخش‌های بالینی و معاونت آموزشی

۱ برنامه آموزشی فراگیران با توجه به تعداد بیماران پذیرش شده در درمانگاه و بخش‌های بستری

امتیاز

غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)
	برنامه آموزش فراگیران متناسب با تعداد بیماران بستری و سرپایی اجرا می‌شود	بیمارستان برای آموزش فراگیران متناسب با تعداد بیماران بستری و درمانگاه برنامه دارد	بیمارستان برای آموزش فراگیران متناسب با تعداد بیماران بستری و درمانگاه برنامه ندارد

توضیحات به کوریکولوم برنامه آموزشی استناد شود.

لازم است لیستی از درمانگاهها، بخش‌ها، فراگیران و برنامه‌های آموزشی فراگیران که توسط مسئول برنامه آموزشی در بخش‌ها تدوین شده ارائه گردد. در این استاندارد تناسب تعداد فراگیران و بیماران طبق کوریکولوم دانشجویان پزشکی عمومی و دستیاران تخصصی اهمیت دارد.

استاندارد ۲۵-۳ نسخه قبل
تغییر وزن سنجه

استاندارد ۲-۵

راندهای آموزش بالینی و مواردی از جمله گزارش صبحگاهی، ژورنال کلاب، آموزش درمانگاهی و آموزش مهارت‌های بالینی بطور منظم برگزار شده و دستیاران در آن شرکت می‌کنند.

سنجه	جنرال و تک تخصصی
فعالیت‌های آموزشی فراگیران، شامل راندهای آموزش بالینی، گزارش صبحگاهی، ژورنال کلاب، آموزش مهارت بالینی طبق برنامه زمان‌بندی بخش‌ها، بطور منظم برگزار می‌گردد.	

سطح سنجه	وزن سنجه
پایه	۳

ملاک ارزیابی		روش ارزیابی
۱	تدوین برنامه زمان‌بندی شده آموزش در setting های مختلف آموزشی	مستندات
۲	اجرای برنامه آموزش فراگیران در setting های مختلف آموزشی طبق برنامه زمان‌بندی شده	مصاحبه با هیات علمی و فراگیر

امتیاز			
صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)	غیر قابل ارزیابی
برنامه مدون برای فعالیتهای آموزشی ذکر شده در سنجه برای فراگیران وجود ندارد	برنامه مدون برای فعالیتهای آموزشی ذکر شده در سنجه برای فراگیران وجود دارد ولی به صورت نامنظم اجرا می‌شود.	برنامه مدون برای فعالیتهای آموزشی ذکر شده در سنجه برای فراگیران وجود دارد و به صورت منظم اجرا می‌شود.	

برنامه مدون آموزشی رئیس بخش باید به تصویب تیم مدیریت آموزشی رسیده باشد و در settings اتاق عمل، بخش‌ها و راندها و گزارشات صبحگاهی با زمان‌بندی مشخص بطور منظم اجرا شود. هر گروه آموزشی باید برنامه هفتگی مشخص برای گروه‌های مختلف فراگیران داشته باشد. (مستندات)

استاندارد ۳-۵

بیمارستان با محوریت اعضای هیأت علمی در خصوص آموزش مدارک پزشکی نوشتاری (شرح حال، سیر بیماری، خلاصه پرونده، پرونده‌های درمانگاهی) مطابق با اهداف برنامه‌های آموزشی و پژوهشی و ارائه خدمات به فراگیران اطمینان پیدا می‌کند.

سنجه جنرال و تک تخصصی

در بخش‌های آموزشی، برنامه‌ای برای آموزش مدارک پزشکی نوشتاری (شرح حال، سیر بیماری، خلاصه پرونده، پرونده‌های درمانگاهی) با محوریت اعضای هیأت علمی، مطابق با اهداف برنامه‌های آموزشی و پژوهشی وجود دارد.

وزن سنجه

۳

سطح سنجه

پایه

روش ارزیابی	ملاک ارزیابی
مستندات و مصاحبه با روسای بخش‌ها و معاونت آموزشی	تدوین برنامه‌ای برای آموزش مدارک نوشتاری (شرح حال، سیر بیماری، خلاصه پرونده، پرونده‌های درمانگاهی) با محوریت اعضای هیأت علمی در برنامه آموزشی بخش‌ها

امتیاز

صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)	غیر قابل ارزیابی
بیمارستان برای آموزش مدارک پزشکی نوشتاری در برنامه آموزشی بخش‌ها برنامه ندارد.	بیمارستان برای آموزش مدارک پزشکی نوشتاری در برنامه آموزشی بخش‌ها برنامه دارد	بیمارستان برای آموزش مدارک پزشکی نوشتاری در برنامه آموزشی تمام بخش‌ها برنامه دارد و هیأت علمی بر آن نظارت دارد	بیمارستان‌هایی که فراگیران مجاز به تکمیل پرونده بیماران نمی‌باشند.

مستنداتی در خصوص وجود برنامه مدون آموزش مدارک نوشتاری به فراگیران در تمامی بخش‌ها و تمامی مقاطع و نحوه نظارت رئیس بخش و یانماینده وی (رزیدنت ارشد و ...) و بازخورد به فراگیران لازم است.

مدارک پزشکی نوشتاری تکمیل شده توسط فراگیران کامل و مطابق با آموزش های داده شده می باشد.

سنجه	۱	جنرال و تک تخصصی
مستندسازی پرونده بیماران، بطور کامل* توسط فراگیران انجام می شود.		

سطح سنجه	وزن سنجه
پایه	۳

ملاک ارزیابی			
روش ارزیابی		مستندات	
۱ تکمیل پرونده بیماران (بستری و درمانگاهی) به صورت کامل توسط فراگیران			
امتیاز			
صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)	غیر قابل ارزیابی
کمتر از ۷۰٪ پرونده های بررسی شده، به صورت کامل توسط فراگیران تکمیل شده است.	حداقل ۷۰٪ پرونده های بررسی شده، بطور کامل توسط فراگیران تکمیل شده است.	تمام پرونده های بررسی شده، بطور کامل توسط فراگیران تکمیل شده است.	بیمارستان هایی که فراگیران مجاز به تکمیل پرونده بیماران نمی باشند.

توضیحات: * منظور از کامل بودن، پر کردن تمام موارد ذکر شده در برگه های استاندارد پرونده های بیماران است. بر اساس استانداردهای تعریف شده در دستورالعمل مستندسازی پرونده بیمار مصوب وزارت بهداشت ارزیابی می شود.

سنجه	۲	جنرال و تک تخصصی
مستندسازی پرونده بیماران توسط فراگیران از کیفیت کافی و قانونی* برخوردار است.		

سطح سنجه	وزن سنجه
پایه	۳

ملاک ارزیابی			
روش ارزیابی		مستندات	
۱ تکمیل پرونده بیماران (بستری و درمانگاهی) با کیفیت کافی توسط فراگیران			
امتیاز			
صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)	غیر قابل ارزیابی
در کمتر از ۷۰٪ پرونده های بررسی شده، مستندات پرونده ها از کیفیت کافی و قانونی برخوردار هستند.	حداقل در ۷۰٪ موارد بررسی شده، مستندات پرونده ها از کیفیت کافی و قانونی برخوردار هستند.	در تمامی موارد بررسی شده، مستندات پرونده ها از کیفیت کافی و قانونی برخوردار هستند.	بیمارستان هایی که فراگیران مجاز به تکمیل پرونده بیماران نمی باشند.

توضیحات: *منظور از کیفیت کافی و قانونی عبارت است از: ۱-خوانا بودن ۲-بدون خط خوردگی، با خودکار آبی یا مشکی ۳-رعایت الزامات اولیه ۴-ذکر تاریخ/ساعت ۵-مهر و امضا فرد مجاز (طبق دستورالعمل ابلاغ شده وزارت متبوع) ۶- کامل بودن سربرگ

کیفیت تکمیل فرم های موجود در پرونده بیمار بر اساس استانداردهای تعریف شده در دستورالعمل مستندسازی پرونده بیمار مصوب وزارت بهداشت ارزیابی می شود.

استاندارد ۲۵-۶ نسخه قبل
در سنجه ۱ و ۲ قسمت توضیحات قید
شده بر اساس استانداردهای
دستورالعمل پرونده بیمار
در سنجه ۲ قید ۷۰ درصد به ۶۰ درصد
تغییر کرده

پرونده بیماران
بطور رندوم
توسط ارزیابان
بررسی می شود
(که آیا مطابق با
استانداردهای
وزارت متبوع
است). همچنین
مستنداتی از
نظارت اعضای
هیئت علمی بر
تکمیل پرونده
بیماران لازم
است. (پرونده
ها کامل و
مهمور به مهر و
امضا فرد مجاز
باشد).

استاندارد ۷۵-۹ نسخه قبل
تغییر وزن سنجه

بیمارستان روش اجرایی مدون برای مشارکت فراگیران در آموزش بیماران دارد.			
سنجه	جنرال و تک تخصصی		
در برنامه‌های آموزشی بخش‌های بالینی، روش اجرایی مشخص برای مشارکت فراگیران در آموزش بیماران وجود دارد و اجرا می‌شود.			
سطح سنجه	وزن سنجه		
پایه	۲		
ملاک ارزیابی			
روش ارزیابی	روش ارزیابی		
۱	تدوین روش اجرایی آموزش به بیمار توسط فراگیران در کلیه بخش‌های آموزشی بالینی و اجرای آن		
امتیاز			
صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)	غیر قابل ارزیابی
روش اجرایی آموزش به بیمار توسط فراگیر وجود ندارد.	روش اجرایی آموزش به بیمار توسط فراگیر وجود دارد و در بعضی از بخش‌ها اجرا می‌شود.	روش اجرایی آموزش به بیمار توسط فراگیر وجود دارد و در تمام بخش‌ها اجرا می‌شود.	

مستنداتی اعم از فرم آموزش به بیمار توسط فراگیران لازم است. (اسم بیمار پوشانده شود)

استاندارد ۷د-۳- نسخه قبل
تغییر وزن سنجه
تغییر سطح سنجه ۲ از توسعه ای به پایه

استاندارد ۵-۶

در راستای اجرای برنامه آموزشی ضرورت دارد بیمارستان در بخش‌های آموزشی در خصوص آموزش استدلال بالینی، اصول اخلاق پزشکی و رعایت ایمنی پزشک و بیمار برنامه‌ریزی و اقدام نماید.

سنجه ۱ جنرال و تک تخصصی

در محتوای برنامه آموزشی فراگیران، موضوعات در خصوص آموزش اصول اخلاق پزشکی و رعایت ایمنی پزشک و بیمار گنجانده و اجرا شده است.

سطح سنجه	وزن سنجه
پایه	۳

ملاک ارزیابی		روش ارزیابی
۱	وجود محتوای آموزشی در خصوص آموزش اصول اخلاق پزشکی و رعایت ایمنی پزشک و بیمار در برنامه آموزشی فراگیران	مستندات و مصاحبه با معاون آموزشی و رئیس بخش
۲	آموزش اصول اخلاق پزشکی و رعایت ایمنی پزشک و بیمار	مصاحبه با هیات علمی و فراگیر

امتیاز		
صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)
برنامه آموزش اصول اخلاق پزشکی و رعایت ایمنی پزشک و بیمار در محتوای برنامه آموزشی فراگیران وجود ندارد.	برنامه آموزش اصول اخلاق پزشکی و رعایت ایمنی پزشک و بیمار در محتوای برنامه آموزشی فراگیران وجود دارد ولی به صورت کامل اجرا نمی‌گردد.	برنامه آموزش اصول اخلاق پزشکی و رعایت ایمنی پزشک و بیمار در محتوای برنامه آموزشی فراگیران وجود دارد و کامل اجرا می‌گردد.

سنجه ۲ جنرال و تک تخصصی

در محتوای برنامه آموزشی فراگیران، موضوعات در خصوص آموزش استدلال بالینی گنجانده و اجرا شده است.

سطح سنجه	وزن سنجه
پایه	۳

ملاک ارزیابی		روش ارزیابی
۱	وجود محتوای آموزشی در خصوص آموزش استدلال بالینی در برنامه آموزشی فراگیران	مستندات و مصاحبه با معاون آموزشی و رئیس بخش
۲	آموزش استدلال بالینی	مصاحبه با هیات علمی و فراگیر

امتیاز		
صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)
در محتوای برنامه آموزشی فراگیران، آموزش استدلال بالینی وجود ندارد.	برنامه آموزش استدلال بالینی در محتوای برنامه آموزشی فراگیران وجود دارد ولی به صورت کامل اجرا نمی‌گردد.	برنامه آموزش استدلال بالینی در محتوای برنامه آموزشی فراگیران وجود دارد و کامل اجرا می‌گردد.

مستنداتی مبنی بر وجود برنامه های آموزشی مدون و زمانبندی شده برای مباحث اخلاق پزشکی، ایمنی بیمار و ... با گروه هدف مشخص، محتوای آموزشی و لیست حضور فراگیران لازم است.

استاندارد ۷-۵ - نسخه قبل
تغییر وزن سنجه
تغییر سطح سنجه از ضروری به
ترجیحی

استاندارد ۷-۵			
کنفرانس‌های علمی با مشارکت گروه‌های آموزشی برگزار می‌گردد.			
سنجه		جنرال و تک تخصصی	
مستندات برگزاری کنفرانس‌های علمی با همکاری گروه‌های آموزشی در بیمارستان موجود است.			
سطح سنجه		وزن سنجه	
ترجیحی		۲	
ملاک ارزیابی		روش ارزیابی	
۱	تدوین تقویم دوره‌ای کنفرانس‌های علمی با مشارکت گروه‌های آموزشی	مستندات	
۲	برگزاری کنفرانس‌های علمی با همکاری گروه‌های آموزشی	مصاحبه با رؤسای بخش‌ها و معاونت آموزشی	
امتیاز			
صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)	غیر قابل ارزیابی
برنامه برگزاری کنفرانس‌های علمی موجود است.	برنامه برگزاری کنفرانس‌های علمی موجود است ولی به طور منظم برگزار نمی‌شود	برنامه برگزاری کنفرانس‌های علمی موجود است و بطور منظم برگزار می‌گردد.	

مستندات در خصوص تقویم زمانبندی دوره ای کنفرانس های علمی بین گروهی ،اطلاع رسانی و برگزاری کنفرانس ،فرم حضور و غیاب شرکت کنندگان از گروه های مختلف لازم است.

استاندارد ۷د-۷نسخه قبل
تغییر وزن سنجه

استاندارد ۵-۸

بیمارستان برنامه مشخصی برای استقرار مهارت بالینی، مهارت آموزشی مبتنی بر شواهد را در نظر گرفته است.

سنجه جزال و تک تخصصی

در بیمارستان آموزشی، برنامه ریزی لازم برای ترویج و توسعه آموزش مبتنی بر شواهد* انجام شده است.

سطح سنجه		وزن سنجه	
ترجیحی		۲	
ملاک ارزیابی		روش ارزیابی	
وجود برنامه ترویج و توسعه آموزش مبتنی بر شواهد		مستندات و مصاحبه با روسای بخش ها و معاون آموزشی	
امتیاز			
صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)	غیر قابل ارزیابی
برنامه مهارت آموزشی مبتنی بر شواهد جهت فراگیران در بخش های آموزشی وجود ندارد.	برنامه مهارت آموزشی مبتنی بر شواهد جهت فراگیران در حداقل نیمی از بخش های آموزشی وجود دارد.	در تمامی بخش های آموزشی برنامه مهارت آموزشی مبتنی بر شواهد جهت فراگیران اجرا می شود.	
توضیحات: * منظور، برنامه ریزی آموزش مبتنی بر شواهد در کارگاه های توانمندسازی اعضای هیات علمی، راندهای بخش ها، کنفرانس های بیمارستانی، گزارش صبحگاهی می باشد.			

مستنداتی در خصوص برنامه ریزی و اجرای کارگاه های مهارت آموزشی مبتنی بر شواهد و مهارت بالینی و حضور فراگیران در این برنامه های آموزشی لازم است.

استاندارد ۹-۵

برنامه‌های مشخصی برای برگزاری جلسات مشترک آموزشی و پژوهشی بین گروه‌ها و اعضاء هیأت علمی پایه و بالینی در بیمارستان وجود دارد.

سنجه جنرال و تک تخصصی در بیمارستان جلسه‌های آموزشی و پژوهشی مشترک بین گروه‌های بالینی و علوم پایه برگزار می‌گردد.

سطح سنجه وزن سنج

ترجیحی ۲

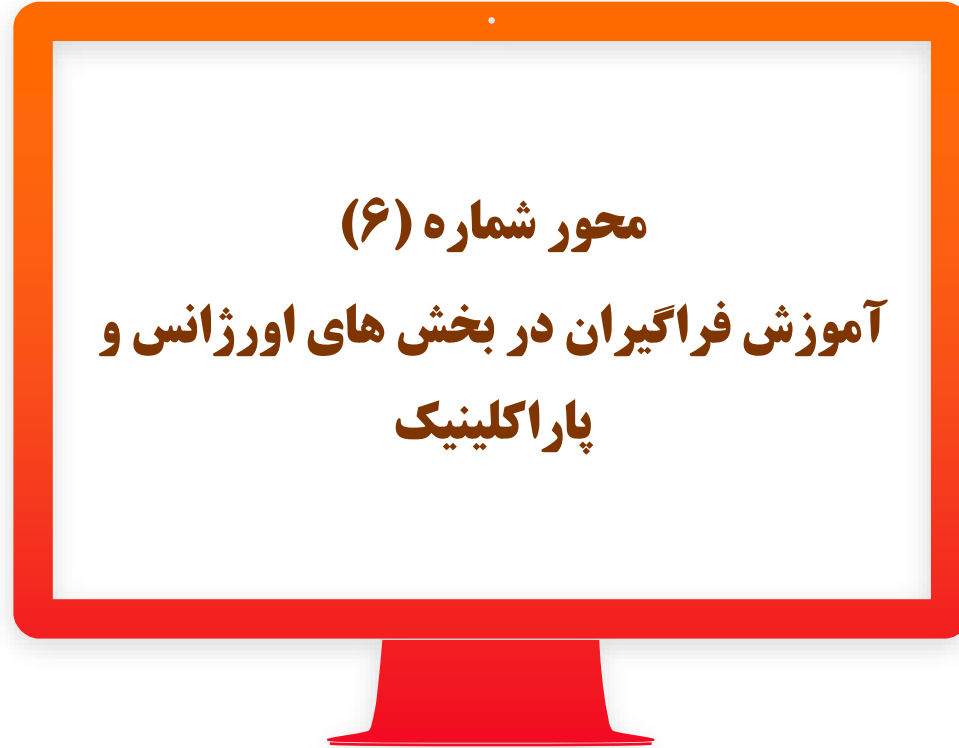
ملاک ارزیابی روش ارزیابی

۱ برگزاری جلسات مشترک آموزشی پژوهشی بین اعضاء هیأت علمی پایه و بالینی مستندات

امتیاز

صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)	غیر قابل ارزیابی
برنامه مدون برای برگزاری جلسات مشترک آموزشی و پژوهشی بین اعضاء هیأت علمی پایه و بالینی وجود ندارد	برنامه مدون برای برگزاری جلسات مشترک آموزشی و پژوهشی بین اعضاء هیأت علمی پایه و بالینی وجود دارد	برنامه مدون برای برگزاری جلسات مشترک آموزشی و پژوهشی بین اعضاء هیأت علمی پایه و بالینی وجود دارد و سوابق یا صورتجلسات آن موجود است.	

مستنداتی مبنی بر تقویم زمانبندی جلسات مشترک آموزشی و پژوهشی ، صورتجلسات با قید تاریخ و امضا شرکت کنندگان در جلسات و اجرای مصوبات این جلسات در بیمارستان لازم است.



محور شماره (۶)

**آموزش فراگیران در بخش های اورژانس و
پاراکلینیک**

استاندارد ۱-۶

فرآیندهای آموزشی و ارتباط آن با خدمات اورژانس (پذیرش، تحت نظر گرفتن، درمان و تعیین تکلیف بیماران) تعریف شده و توسط رئیس بخش و معاون آموزشی نظارت می‌گردد.

سنجه جنرال و تک تخصصی

بیمارستان فرآیندهای آموزشی فراگیران را در بخش‌های اورژانس تدوین نموده و معاون آموزشی بر اجرای آن نظارت می‌کند*.

سطح سنجه	وزن سنجه
پایه	۳

ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
تدوین فرآیندهای آموزشی فراگیران در بخش اورژانس	مستندات
نظارت بر اجرای فرآیندها	مصاحبه با رئیس بخش اورژانس

امتیاز			
صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)	غیر قابل ارزیابی
فرآیندهای آموزشی فراگیران در بخش اورژانس تدوین نشده است	فرآیندهای آموزشی فراگیران در بخش اورژانس تدوین شده است	فرآیندهای آموزشی فراگیران در بخش اورژانس تدوین شده و تحت نظارت معاون آموزشی اجرا می‌شود.	

توضیحات: *فرآیندهای آموزشی فراگیر توسط رئیس بخش اورژانس تدوین شده و در اختیار معاون آموزشی قرار می‌گیرد.

لازم است مستنداتی مربوط به وجود فرایندهای آموزشی فراگیران در دو گروه **under graduate** و دستیاران ارائه گردد و مکاتباتی مبنی بر نظارت بر اجرای این فرایندها با ارائه گزارش از سوی رئیس بخش اورژانس به معاون آموزشی یا مسئول دفتر توسعه به عنوان نماینده وی موجود باشد.

استاندارد ۶-۲

در بخش اورژانس یک متخصص عضو هیأت علمی سرپرستی بخش را بر عهده دارد که در صورت وجود برنامه طب اورژانس، متخصص در بیمارستان‌های تک تخصصی اولویت یا تخصص مرتبط خواهد بود.

بیمارستان جنرال

در مرکز آموزشی درمانی جنرال، سرپرست بخش اورژانس، یکی از اعضای هیأت علمی بیمارستان و ترجیحاً متخصص طب اورژانس می‌باشد.

وزن سنج

۲

سطح سنج	
پایه	
ملاک ارزیابی	
روش ارزیابی	مستندات
۱ گواهی تخصص سرپرست اورژانس	
۲ وجود ابلاغ عضو هیأت علمی سرپرست اورژانس	
امتیاز	
صفر (۰)	یک (۱)
سرپرست بخش اورژانس متخصص نمی‌باشد.	سرپرست بخش اورژانس ترجیحاً متخصص طب اورژانس/ متخصص سایر رشته‌ها می‌باشد ولی هیأت علمی نیست.
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)
	سرپرست بخش اورژانس متخصص هیأت علمی طب اورژانس و در صورت نداشتن طب اورژانس متخصص هیأت علمی سایر رشته‌ها می‌باشد.

بیمارستان تک تخصصی

در مرکز آموزشی درمانی تک تخصصی، سرپرست بخش اورژانس، یکی از اعضای هیأت علمی بیمارستان یا تخصص مرتبط / طب اورژانس می‌باشد.

وزن سنج

۲

سطح سنج	
پایه	
ملاک ارزیابی	
روش ارزیابی	مستندات
۱ گواهی تخصص سرپرست اورژانس	
۲ وجود ابلاغ عضو هیأت علمی سرپرست اورژانس	
امتیاز	
صفر (۰)	یک (۱)
سرپرست بخش اورژانس متخصص مرتبط / طب اورژانس نمی‌باشد.	سرپرست بخش اورژانس متخصص رشته مرتبط / طب اورژانس می‌باشد ولی هیأت علمی نیست
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)
	سرپرست بخش اورژانس هیأت علمی و متخصص رشته مرتبط / طب اورژانس می‌باشد.

استاندارد ۶-۵-نسخه قبل در عنوان بیمارستان های تک تخصصی اولویت با تخصص اضافه شده در سنج ۱ ترجیحاً متخصص اورژانس و به ملاک ارزیابی، گواهی تخصص سرپرست اورژانس اضافه شده (قید هیئت علمی در توضیحات اصلاح شده و سنج ۲ اضافه شده است

رئیس بخش اورژانس در بیمارستان جنرال متخصص طب اورژانس است و در بیمارستان تخصصی می تواند یکی از اعضای هیئت علمی همان بخش تخصصی باشد.

استاندارد ۶-۳

در بخش های پاراکلینیک امکان دسترسی فراگیران به فایل های مرتبط وجود دارد.

سنجه جنرال و تک تخصصی

در بیمارستان دستورالعمل اجرایی در زمینه امکان دسترسی به فایل های بخش های پاراکلینیک برای فراگیران با حفظ محرمانه بودن اسرار بیمار تدوین شده و اجرا می شود.

سطح سنجه

وزن سنجه

پایه

۲

ملاک ارزیابی		روش ارزیابی
۱	تدوین دستورالعمل اجرایی دسترسی فراگیران به فایل های بخش های پاراکلینیک	بررسی مستندات
۲	دسترسی فراگیران به فایل های بخش های پاراکلینیک	مصاحبه با فراگیران

امتیاز

صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)	غیر قابل ارزیابی
دستورالعمل اجرایی دسترسی فراگیران به فایل های بخش های پاراکلینیک تدوین نشده است.	دستورالعمل اجرایی دسترسی فراگیران به فایل های بخش های پاراکلینیک تدوین شده است.	دستورالعمل اجرایی دسترسی فراگیران به فایل های بخش های پاراکلینیک تدوین شده و اجرا می شود.	

تبصره: در صورت واسپاری هر یک از واحدهای پاراکلینیک به بخش خصوصی باید نظارت به صورتی باشد که خللی در فرآیندهای آموزشی ایجاد نشود.

مستنداتی مبنی بر تدوین و اجرای دستورالعمل مشخص در خصوص نحوه دسترسی فراگیران به فایل های پاراکلینیک بیماران از طریق سیستم پکس، اسکن پرونده بیماران یا سیستم HIS با هماهنگی مسئول IT مرکز برای حفظ محرمانگی اطلاعات بیماران لازم است ارائه گردد.

استاندارد ۶-۳-۱ نسخه قبل
در عنوان فید آموزشی فایل ها
حذف شده
تغییر وزن سنجه
تبصره اضافه شده است

استاندارد ۶-۲ نسخه قبل
تغییر وزن سنج

استاندارد ۶-۴

در آزمایشگاه بیمارستان با نقش تربیت فراگیر، امکان همکاری با متخصصین علوم پایه مرتبط نظیر ایمونولوژیست، باکتریولوژیست، انگل شناسی، متخصص ژنتیک پزشکی، متخصص بیوشیمی، هماتولوژی و بانک خون فراهم است.

سنجه
جنرال و تک تخصصی
در بیمارستان به منظور تربیت فراگیران در آزمایشگاه کلینیکال، از همکاری یکی از متخصصین علوم پایه مرتبط (نظیر ایمونولوژیست، باکتریولوژیست، انگل شناس، بیوشیمی، ژنتیک، هماتولوژیست و...) استفاده می شود.

سطح سنج
وزن سنج
ترجیحی
۲

ملاک ارزیابی
۱ حضور و همکاری متخصصین علوم پایه مرتبط در آزمایشگاه بیمارستان
روش ارزیابی
مستندات و مصاحبه با معاون آموزشی

امتیاز			
صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)	غیر قابل ارزیابی
جهت همکاری متخصصین علوم پایه مرتبط در آزمایشگاه بیمارستان برای تربیت فراگیران برنامه ای وجود ندارد	جهت همکاری متخصصین علوم پایه مرتبط در آزمایشگاه بیمارستان برای تربیت فراگیران برنامه مدون وجود دارد	متخصصین علوم پایه مرتبط در آزمایشگاه بیمارستان در تربیت فراگیران طبق برنامه مدون همکاری دارند.	بیمارستانهایی که فراگیر رشته علوم آزمایشگاهی یا مرتبط ندارند

تبصره: در صورت واسپاری هر یک از واحدهای پاراکلینیک به بخش خصوصی باید نظارت به صورتی باشد که خللی در فرآیندهای آموزشی ایجاد نشود.

لازم است مستنداتی در خصوص فرایند و برنامه همکاری و حضور متخصصین علوم پایه در آزمایشگاه بیمارستان ارائه گردد.

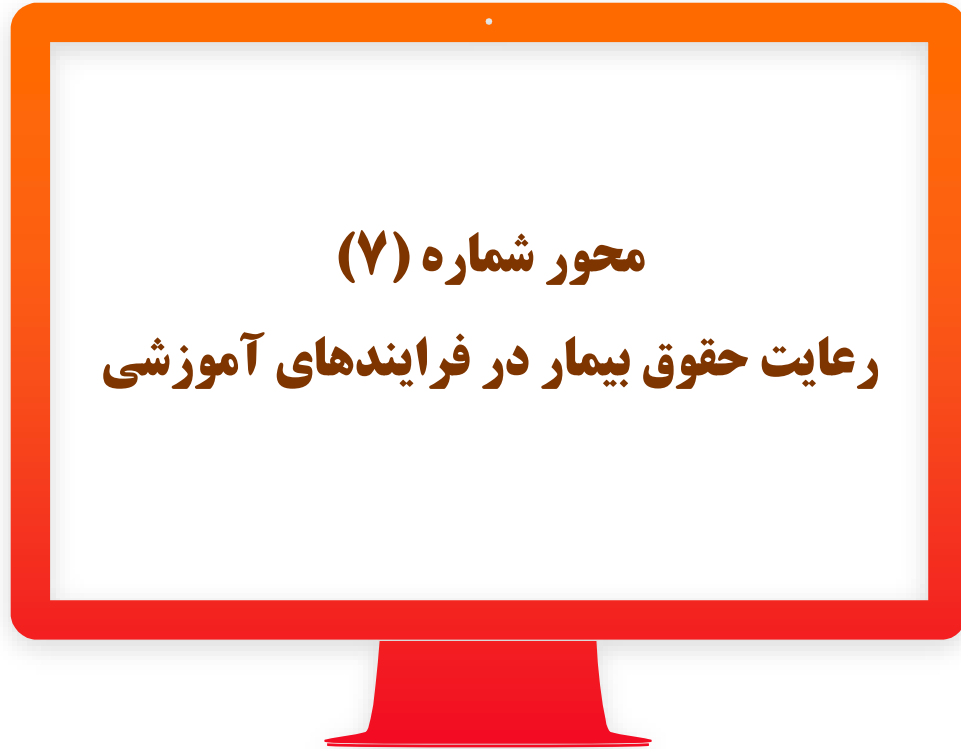
اساندارد ۶-۳- نسخه قبل
تغيير وزن سنجه

اساندارد ۶-۵

در بخش مراقبت‌های دارویی امکانات و تجهیزات متناسب با فرآیندهای آموزشی وجود دارد.

سنجه		جنرال و تک تخصصی	
بیمارستان فرآیندهای آموزشی و امکانات و تجهیزات مربوط را برای اجرای آموزش‌های مرتبط با مراقبت‌های دارویی *تامین نموده است.			
سطح سنجه	وزن سنجه		
ترجیحی	۲		
ملاک ارزیابی		روش ارزیابی	
۱	وجود فرآیندهای آموزشی و امکانات و تجهیزات مربوط به بخش مراقبت‌های دارویی		مشاهده و مصاحبه با مسئول بخش مراقبت‌های دارویی
امتیاز			
صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)	غیر قابل ارزیابی
امکانات و تجهیزات آموزشی مورد نیاز بخش مراقبت‌های دارویی وجود ندارد	امکانات و تجهیزات آموزشی مورد نیاز بخش مراقبت‌های دارویی تا حدود ۵۰٪ وجود دارد	امکانات و تجهیزات آموزشی مورد نیاز بخش مراقبت‌های دارویی به طور کامل وجود دارد	
توضیحات: *بخش مراقبت‌های دارویی، بخشی است که به منظور انجام بخشیدن به کلیه امور مربوط به خدمات دارویی (از فراهم‌آوری دارو تا برنامه‌ریزی مصرف دارو در بیمارستان)، آموزش فراگیران و ارائه خدمات مشاوره‌ای دارویی به گروه‌های آموزشی و انجام فعالیت‌های پژوهشی در راستای تجویز منطقی دارو و تجهیزات ایجاد می‌گردد.			

مستنداتی در خصوص وجود حداقل فضای مناسب با تهویه مناسب برای بخش مراقبت‌های دارویی و برنامه حضور فارماکولوژیست و نظارت وی بر فرایند آماده‌سازی دارو لازم است.



محور شماره (۷)

رعایت حقوق بیمار در فرایندهای آموزشی

در تمام فرآیندهای آموزشی رعایت حقوق گیرندگان خدمت تضمین می گردد.

سنجه		جنرال و تک تخصصی	
بیمارستان در خصوص رعایت حقوق گیرندگان خدمت به فراگیران، آموزش داده و در تمامی فرآیندهای آموزشی بر این امر تأکید شده است.			
سطح سنجه		وزن سنجه	
پایه		۳	
ملاک ارزیابی		روش ارزیابی	
۱	ارائه آموزش های لازم به فراگیران در خصوص رعایت حقوق گیرندگان خدمت	مستندات و مصاحبه با فراگیران	
۲	رعایت حقوق گیرندگان خدمت در فرآیندهای آموزشی بیمارستان	مشاهده و مصاحبه با بیماران	
امتیاز			
صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)	غیر قابل ارزیابی
به فراگیران در خصوص رعایت حقوق گیرندگان خدمت آموزش داده نشده است.	به فراگیران در خصوص رعایت حقوق گیرندگان خدمت آموزش داده شده است.	به فراگیران در خصوص رعایت حقوق گیرندگان خدمت آموزش داده شده و معاون آموزشی یا تیم مدیریت آموزش بر آن نظارت دارد.	

مستنداتی در خصوص فرایند آموزش های ارائه شده به فراگیران در خصوص رعایت حقوق بیمار(از قبیل فرم های رضایت سنجی از بیمار، معرفی خود به بیماران و اعلام نقش در فرایند تشخیص و درمان بیمار) ونحوه نظارت معاون آموزشی بر این فرایند لازم است.

استاندارد ۸۵-۴ نسخه قبل
تدوین دستورالعمل توسط
دستیار ارشد و با پزشک مرتبط
و مسئول اضافه شده
تغییر وزن سنج

استاندارد ۷-۲

در بیمارستان آموزشی، فرآیندهای آموزشی ارائه خدمات به بیماران بدحال را تحت تاثیر قرار نمی دهد.

سنجه		جنرال و نک تخصصی	
تیم مدیریت آموزش بیمارستان دستورالعمل خود در زمینه اولویت بندی مراقبت از بیماران بدحال را در حداقل زمان ممکن توسط بالاترین سطح علمی و مهارتی (حداقل دستیار ارشد و در بیمارستانهایی که دستیار ندارند مطابق دستورالعمل ویژه همان بیمارستان توسط پزشک مرتبط و مسئول) تدوین و اجرا می نماید.			
سطح سنجه		وزن سنجه	
پایه		۳	
ملاک ارزیابی		روش ارزیابی	
۱	تدوین دستورالعمل مربوطه در خصوص اولویت بندی مراقبت از بیماران بدحال	مستندات	
۲	اجرای دستورالعمل	مصاحبه با روسای بخش	
امتیاز			
صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)	غیر قابل ارزیابی
دستورالعمل اولویت بندی مراقبت از بیماران بدحال تدوین نشده است.	دستورالعمل اولویت بندی مراقبت از بیماران بدحال تدوین شده و در کمتر از ۵۰٪ از بخش ها رعایت می شود.	دستورالعمل اولویت بندی مراقبت از بیماران بدحال تدوین شده و در تمام بخش ها اجرا می گردد.	

تیم مدیریت آموزشی بیمارستان باید دستورالعمل مربوط به اولویت بندی مراقبت بیماران بدحال را (با توجه به کوریکولوم آموزشی و پیشنهاد رئیس بخش) تدوین و به تصویب برساند و معاون آموزشی بر اجرای آن نظارت لازم نماید و به رئیس بخش بازخورد بدهد. (پیشنهاد می شود در هر گروه بالینی رئیس بخش، بیماران بدحال را گرید بندی کند و مشخص نماید فراگیران با چه سطحی و در چه بازه زمانی باید به آنها رسیدگی نمایند)

استاندارد ۸۵-۶ نسخه قبل
تغییر وزن سنجه
تبصره اضافه شده است

استاندارد ۷-۳

در بیمارستان‌های آموزشی، فرآیند خدمات درمانی که توسط فراگیران ارائه می‌شود تحت نظر مستقیم اعضای هیأت علمی و با واگذاری محدود و متناسب با نیاز آموزشی، فرآیند خدمات و مهارت‌های مورد نیاز انجام می‌گیرد.

سنجه		جنرال و تک تخصصی
در بیمارستان دستورالعمل نحوه نظارت اعضای هیأت علمی بر فعالیت درمانی فراگیران تدوین شده است.		
سطح سنجه	وزن سنجه	
پایه	۳	
ملاک ارزیابی		روش ارزیابی
۱	تدوین دستورالعمل نحوه نظارت اعضای هیأت علمی بر فعالیت درمانی فراگیران	مستندات
۲	اجرای دستورالعمل فوق	مصاحبه با فراگیران و اعضای هیأت علمی
امتیاز		
صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)
دستورالعمل نحوه نظارت اعضای هیأت علمی بر فعالیت درمانی فراگیران تدوین نشده است.	دستورالعمل نحوه نظارت اعضای هیأت علمی بر فعالیت درمانی فراگیران تدوین شده است.	دستورالعمل نحوه نظارت اعضای هیأت علمی بر فعالیت درمانی فراگیران تدوین شده و اجرا می‌شود.
تبصره: میزان پیچیدگی‌های خدمات و کسب مهارت لازم برای انجام آن‌ها و نحوه واگذاری تدریجی مسئولیت به فراگیران بر حسب هر رشته با نظر گروه آموزشی تعیین می‌شود.		

مستنداتی مبنی بر تدوین دستورالعمل نحوه نظارت اعضای هیأت علمی بر فعالیت درمانی فراگیران و نحوه اجرا آن ارائه گردد. (لاگ بوک نیز بعنوان نمونه بارگزاری گردد)

استاندارد ۸۵-۲ نسخه قبل
تغییر وزن سنج

استاندارد ۷-۴

بررسی خطاها و مسائل مربوط به اخلاق حرفه‌ای و پزشکی فراگیران توسط برنامه مدون و مشخص انجام می‌شود و روش‌های مشخصی برای پیشگیری از تکرار آنها پیش‌بینی شده است.

سنجه جنرال و تک تخصصی
فرآیند ثبت، گزارش دهی و تحلیل خطاهایی که فراگیران در بروز آن نقش داشته‌اند تدوین شده و اجرا می‌شود.

سطح سنج	وزن سنج
پایه	۲

ملاک ارزیابی		روش ارزیابی
۱	تدوین فرآیند ثبت، گزارش دهی و تحلیل خطای فراگیران	مستندات
۲	اجرای فرآیند	مصاحبه با معاون آموزشی
۳	برنامه‌ریزی برای پیشگیری از خطای فراگیران	مصاحبه با معاون آموزشی و فراگیران

امتیاز			
صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)	غیر قابل ارزیابی
فرآیند ثبت، گزارش دهی و تحلیل خطای فراگیران تدوین نشده است	فرآیند ثبت، گزارش دهی و تحلیل خطای فراگیران تدوین شده ولی به صورت کامل اجرا نمی‌شود.	فرآیند ثبت، گزارش دهی و تحلیل خطای فراگیران تدوین شده و به صورت کامل اجرا می‌شود و برنامه‌ای برای پیشگیری از تکرار خطاها وجود دارد	

مستنداتی مبنی بر تدوین فرایند ثبت، گزارش دهی و تحلیل خطای فراگیران به ویژه خطاهای پزشکی، اجرا و نظارت بر آن و برنامه‌های پیشگیرانه اعم از آموزش بارگزاری گردد.

استاندارد ۵-۷

بیمارستان از اطلاع‌رسانی مبنی بر آموزشی بودن بیمارستان و حضور فراگیران در تمام مراحل تشخیصی درمانی به بیمار اطمینان حاصل می‌نماید.

سنجه		جنرال و تک تخصصی	
به بیماران در بدو ورود، در خصوص آموزشی بودن بیمارستان و اینکه دانشجویان در تمام فرآیند تشخیص و درمان بیمار و مراجعات بعدی نقش دارند، اطلاع‌رسانی می‌گردد.			
سطح سنجه		وزن سنجه	
پایه		۱	
ملاک ارزیابی		روش ارزیابی	
۱		اطلاع‌رسانی به بیماران در خصوص آموزشی بودن بیمارستان و حضور فراگیران	
امتیاز			
صفر (۰)		یک (۱)	
دو (۲)		غیر قابل ارزیابی	
به بیماران در خصوص آموزشی بودن بیمارستان اطلاع‌رسانی نمی‌شود.		به بیماران در خصوص آموزشی بودن بیمارستان اطلاع‌رسانی می‌شود.	
به بیماران در خصوص آموزشی بودن بیمارستان اطلاع‌رسانی می‌شود و مراجعات بعدی آگاهی دارند.		به بیماران در خصوص آموزشی بودن بیمارستان اطلاع‌رسانی می‌شود و مراجعات بعدی آگاهی دارند.	

مستنداتی از قسمت پذیرش بیمارستان و توضیح دانشجویان در خصوص نقش شان در درمان و تشخیص، لازم است. (نکته: شکایت اصلی بیماران این است که پزشک خود را نمی‌شناسند)

استاندارد ۸۵-۵ نسخه قبل
در توضیحات امتیازات غیر قابل
ارزیابی اضافه شده است.

استاندارد ۶-۷

به منظور اطمینان از کیفیت خدمات آموزشی ارائه شده در بیمارستان‌های آموزشی در شیفت‌های عصر و شب، پزشکان **مقیم یا آنکال** (بخصوص در رده‌های که اورژانس‌های بیشتر و حساس‌تری دارند) که ارتباط آموزشی و درمانی تعریف شده‌ای با بیمارستان دارند تحت برنامه تعیین شده توسط رئیس بخش مربوطه و یا سرپرستی وی فعالیت دارند. ارتباط آموزشی و درمانی دستیاران و کارورزان با آنها نیز شفاف و تعریف شده است.

سنجه	جنرال و نک تخصصی
سطح سنجه	وزن سنجه
ترجیحی	۲

ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	تدوین دستورالعمل نحوه ارتباط آموزشی و درمانی فراگیران با پزشک مقیم غیر هیات علمی در عصر و شب و ایام تعطیل
۲	اجرای دستورالعمل فوق

امتیاز			
صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)	غیر قابل ارزیابی
دستورالعمل نحوه ارتباط آموزشی و درمانی فراگیران با پزشک مقیم غیر هیات علمی در عصر و شب و ایام تعطیل تدوین نشده است.	دستورالعمل نحوه ارتباط آموزشی و درمانی فراگیران با پزشک مقیم غیر هیات علمی در عصر و شب و ایام تعطیل تدوین شده است.	دستورالعمل نحوه ارتباط آموزشی و درمانی فراگیران با پزشک مقیم غیر هیات علمی در عصر و شب و ایام تعطیل تدوین شده و اجرا می‌شود.	بیمارستان‌هایی که دستیار یا کارورز پزشکی ندارند

لازم است مستندات در خصوص دستورالعمل نحوه تعیین ارتباط پزشکان مقیم یا آنکال با فراگیران و اجرا و نظارت معاون آموزشی بر آن ارائه گردد. (نکته: در قرارداد این پزشکان باید به لزوم همکاری آنها در فرایند آموزش فراگیران تاکید شود).



محور شماره (۸)
پایش و ارزشیابی عملکرد سیستم آموزشی

استاندارد ۸-۱

بیمارستان دارای نظام مدون جهت ارزیابی عملکرد سیستم آموزشی می‌باشد.

سطح سنجه ۱
جزرال و تک تخصصی
 بیمارستان دارای برنامه جامع مدون و مصوب** به منظور ارزیابی عملکرد سیستم آموزشی*** می‌باشد.

سطح سنجه ۳
وزن سنجه
 پایه

ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	تدوین برنامه جامع ارزیابی عملکرد سیستم آموزشی و تصویب توسط تیم مدیریت آموزش
۲	اجرای برنامه جامع ارزیابی عملکرد سیستم آموزشی
	مستندات مصاحبه یا فراگیران، اعضا هیأت علمی و معاون آموزشی بیمارستان

امتیاز

صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)	غیر قابل ارزیابی
برنامه جامع ارزیابی عملکرد سیستم آموزشی تدوین و تصویب شده است.	برنامه جامع ارزیابی عملکرد سیستم آموزشی وجود دارد ولی به صورت نسبی و یا در تعدادی از بخش‌ها اجرا می‌شود.	برنامه جامع ارزیابی عملکرد سیستم آموزشی (شامل تمامی اجزای ذکر شده در توضیحات) و در تمام بخش‌ها اجرا می‌شود.	

توضیحات:

* برنامه جامع، اجزای سیستم آموزشی (شامل اعضای هیأت علمی، فراگیران، تکنولوژی آموزشی و تسهیلات مربوطه) را در چرخه مراحل آموزشی (نیازسنجی، برنامه‌ریزی، اجرا و سنجش اثربخشی) شامل می‌شود.

** منظور از برنامه مصوب، برنامه‌ای است که به تصویب تیم مدیریت آموزش بیمارستان رسیده است.

*** منظور از نظام مدون ارزیابی عملکرد سیستم آموزشی وجود هر گونه برنامه تعریف شده عملیاتی برای ارزیابی اعضای هیأت علمی، فراگیران، تکنولوژی آموزشی و تسهیلات مربوطه در سطح بیمارستان که توسط دانشگاه/ دانشکده به بیمارستان ابلاغ شده است.

**** بر تاند نام مصوب دانشگاه باشد که در، سما، ستان احا م شود.
جزرال و تک تخصصی

بیمارستان برنامه مصوب ارزیابی عملکرد سیستم آموزشی را پایش می‌کند.

سطح سنجه ۳
وزن سنجه
 پایه

ملاک ارزیابی	روش ارزیابی
۱	پایش برنامه جامع مصوب ارزیابی عملکرد سیستم آموزشی
	مستندات و مصاحبه با معاون آموزشی

امتیاز

صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)	غیر قابل ارزیابی
برنامه جامع ارزیابی عملکرد سیستم آموزشی پایش نشده است.	برنامه جامع ارزیابی عملکرد سیستم آموزشی به صورت نسبی و یا در تعدادی از بخش‌ها پایش می‌شود.	برنامه جامع ارزیابی عملکرد سیستم آموزشی در تمام بخش‌ها و به صورت کامل پایش می‌شود.	

استاندارد ۲د-۱ نسخه قبل
 در عنوان زیر نظر دانشکده پزشکی
 حذف شده

تغییر وزن سنجه ۱ و ۲
 در ملاک ارزیابی سنجه ۱ اجرای برنامه
 جامع اضافه و توضیحات امتیاز سنجه ۱
 اصلاح شده

مستندات در خصوص تدوین، تصویب و اجرای برنامه جامع ارزیابی عملکرد سیستم آموزشی (اعم از هیئت علمی، فراگیر و تسهیلات مورد نیاز آموزشی) و پایش این برنامه بطور مستمر و منظم (۶ ماهه) در قالب چک لیست توسط معاون آموزشی یا نماینده وی لازم است.

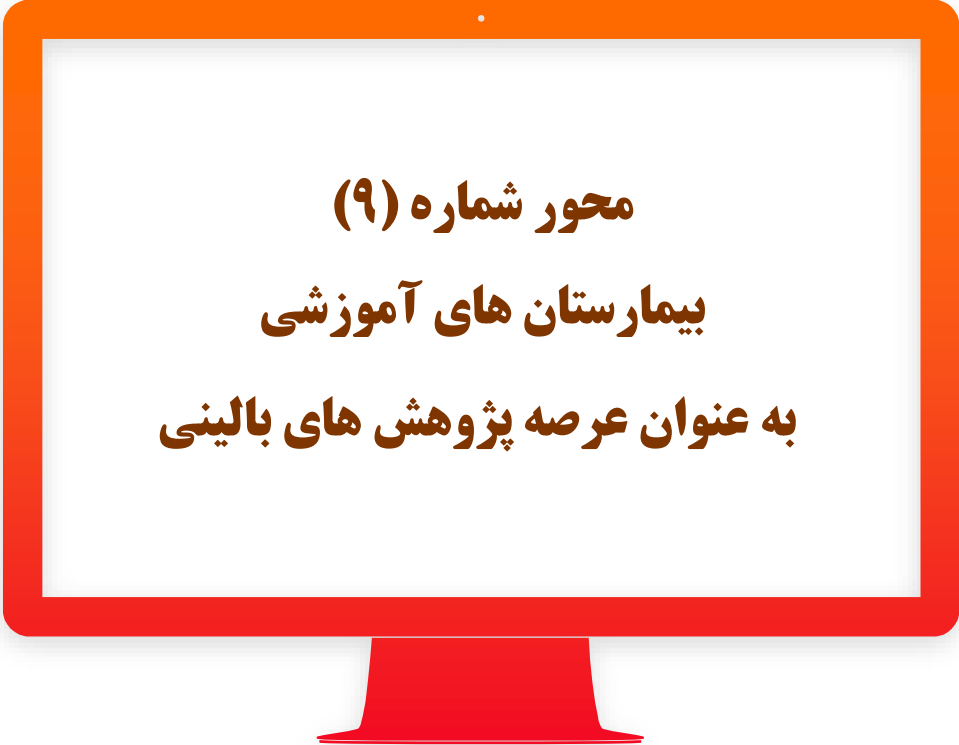
استاندارد ۲-۲۵ نسخه قبل
تغییر سطح سنجه به ترجیحی
تغییر وزن سنجه
ملاک ارزیابی و توضیحات امتیاز سنجه
اصلاح شده

استاندارد ۲-۸

در پایش و ارزشیابی عملکرد سیستم آموزشی، شاخص‌های آموزشی با شاخص‌های مرتبط با ارائه مراقبت بیماران تواما مورد بررسی قرار می‌گیرد.

سنجه		جنرال و تک تخصصی	
بیمارستان از نتایج ارزیابی شاخص‌های کلیدی درمانی* در پایش و توسعه برنامه‌های آموزشی استفاده می‌کند.			
سطح سنجه		وزن سنجه	
ترجیحی		۲	
ملاک ارزیابی		روش ارزیابی	
۱	اطلاع‌رسانی شاخص‌های کلیدی درمان به معاون آموزشی	مستندات و مصاحبه با معاون آموزشی	روش ارزیابی
۲	استفاده از نتایج شاخص‌های کلیدی درمان در برنامه‌ریزی آموزشی فراگیران**	مستندات و مصاحبه با معاون آموزشی	روش ارزیابی
امتیاز			
صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)	غیر قابل ارزیابی
از شاخص‌های کلیدی درمان در برنامه‌ریزی آموزشی استفاده نمی‌شود. اطلاع دارد.	از شاخص‌های کلیدی درمان در برنامه‌ریزی آموزشی استفاده می‌شود.	از شاخص‌های کلیدی درمان در برنامه‌ریزی آموزشی استفاده می‌شود.	غیر قابل ارزیابی
توضیحات:			
* شاخص‌های کلیدی درمان مانند مرگ و میر، خطاهای پزشکی و ایمنی بیمار، عفونت‌های بیمارستانی، نتایج درمان و... می‌باشد.			
** معاون آموزشی بطور روتین نتایج شاخص‌های کلیدی درمان را بررسی نموده و در برنامه‌ریزی آموزشی (کمی، کیفی و سطوح مختلف فراگیران) استفاده می‌کند.			

مستنداتی مبنی بر حضور معاون آموزشی در جلسات کمیته‌ها و استخراج شاخص‌های کلیدی درمان که مرتبط با فراگیر، هیئت علمی و کادر درمان است از صورتجلسات کمیته‌ها و برنامه‌ریزی معاون آموزشی در خصوص برگزاری آموزش‌های لازم (فرم حضور و غیاب در کارگاه آموزشی) یا اصلاح فرایندها از طریق اطلاع‌رسانی به روسای بخش‌ها و فراگیران لازم است.



محور شماره (۹)
بیمارستان های آموزشی
به عنوان عرصه پژوهش های بالینی

استاندارد ۹-۱

در سند استراتژیک بیمارستان اهداف پژوهشی بیمارستان تدوین شده است و برنامه‌های پژوهشی در بیمارستان برای فواصل زمانی مناسب استقرار یافته است.

جنرال و تک تخصصی

در برنامه استراتژیک بیمارستان، اهداف پژوهشی پیش‌بینی شده و برنامه‌های پژوهشی در فواصل زمانی مناسب اجرا می‌گردد.

وزن سنجه		سطح سنجه	
۳		پایه	
روش ارزیابی	ملاک ارزیابی		
مستندات	تدوین اهداف پژوهشی در برنامه استراتژیک بیمارستان		
مصاحبه با معاون پژوهشی	اجرای برنامه‌های پژوهشی در بیمارستان		
امتیاز			
غیر قابل ارزیابی	دو (۲)	یک (۱)	صفر (۰)
	در برنامه استراتژیک بیمارستان اهداف پژوهشی پیش‌بینی شده و برنامه پژوهشی اجرا می‌شود.	در برنامه استراتژیک بیمارستان اهداف پژوهشی پیش‌بینی شده است.	در برنامه استراتژیک بیمارستان اهداف پژوهشی پیش‌بینی نشده است.

مستنداتی در خصوص اهداف پژوهشی بیمارستان در سند استراتژیک، تدوین برنامه پژوهشی از قبیل کارگاه‌های توانمندسازی و آموزش پژوهش به اساتید یا ارتقا تعداد مقالات و غیره لازم است.

استاندارد ۹-۲

تمام طرح‌های تحقیقاتی در حال اجرا در بیمارستان، بر اساس دستورالعمل‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصوبات لازم را از کمیته اخلاق دارای صلاحیت کسب نموده است.

سنجه		جنرال و تک تخصصی	
طرح‌های تحقیقاتی بیمارستان بر اساس دستورالعمل‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در کمیته اخلاق بیمارستان * مطرح و تأیید می‌گردد.			
سطح سنجه		وزن سنجه	
پایه		۳	
ملاک ارزیابی		روش ارزیابی	
۱	بررسی طرح‌های تحقیقاتی در کمیته اخلاق بیمارستان	مستندات	مستندات
امتیاز			
صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)	غیر قابل ارزیابی
مستندات تأیید کمیته اخلاق وجود ندارد.	مستندات تأیید کمیته اخلاق برای برخی طرح‌های واجد شرایط وجود دارد	مستندات تأیید کمیته اخلاق برای همه طرح‌ها وجود دارد.	
توضیحات: * تأیید کمیته اخلاق در پژوهش بیمارستان یا دانشگاه برای طرح‌های تحقیقاتی مورد قبول است.			

مستنداتی از لیست طرح‌های تحقیقاتی که کد اخلاق (از دانشگاه یا وزارت) گرفته‌اند و لینک ورود به صفحه مربوطه لازم است.

استاندارد ۹د-۱ نسخه قبل
تغییر وزن سنجه
اصلاح توضیح امتیازات

استاندارد ۹-۳

بیمارستان معاون پژوهشی دارد و معاون پژوهشی ابلاغ مسئول واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان را صادر می کند.

سنجه		جنرال و تک تخصصی	
در ساختار بیمارستان، معاون پژوهشی، مسئول واحد توسعه تحقیقات بالینی نیز می باشد.			
سطح سنجه		وزن سنجه	
ترجیحی		۲	
ملاک ارزیابی		روش ارزیابی	
ابلاغ معاون پژوهشی		مستندات	
انتصاب معاون پژوهشی به عنوان مسئول واحد توسعه تحقیقات بالینی		مستندات	
امتیاز			
صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)	غیر قابل ارزیابی
در ساختار بیمارستان معاونت پژوهشی وجود ندارد	در ساختار بیمارستان معاونت پژوهشی وجود دارد.	در ساختار بیمارستان معاونت پژوهشی وجود دارد که ابلاغ مسئول واحد توسعه تحقیقات بالینی را صادر کرده است.	بیمارستان زیر ۲۰۰ تخت

مستنداتی اعم از ابلاغ معاون پژوهشی و ابلاغ وی بعنوان مسئول واحد توسعه تحقیقات بالینی با تاریخ جدید و ذکر شرح وظایف در آن ضروری است.

استاندارد ۹د-۳ نسخه قبل
عنوان اصلاح شده (اپیدمیولوژی و
پزشکی اجتماعی حذف شده)
سطح سنجه به ترجیحی تغییر یافته
توضیحات امتیازات دو و غیر قابل
ارزیابی اصلاح شده

استاندارد ۹-۴

بیمارستان دارای واحد توسعه تحقیقات بالینی است و کارشناسان پژوهش و پژوهشیاران آموزش یافته زیر نظر مسئول واحد مربوطه بر اساس دستورالعمل ابلاغ شده، هدایت پژوهش را بر عهده دارند.

سنجه	جنرال و تک تخصصی
در بیمارستان واحد توسعه تحقیقات بالینی طبق دستورالعمل ابلاغ شده و با بکارگیری متخصص اپیدمیولوژی و یا پزشکی اجتماعی و کارشناسان پژوهش و پژوهشیاران، هدایت پژوهش را بر عهده دارد.	
سطح سنجه	وزن سنجه
ترجیحی	۲

ملاک ارزیابی		روش ارزیابی	
۱	وجود واحد توسعه تحقیقات بالینی و ابلاغ یا قرارداد پرسنل واحد توسعه تحقیقات بالینی	مستندات	
۲	هدایت پژوهش	مصاحبه با معاون پژوهشی	
امتیاز			
صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)	غیر قابل ارزیابی
در ساختار سازمانی واحد توسعه تحقیقات بالینی وجود ندارد.	در ساختار سازمانی واحد توسعه تحقیقات بالینی وجود دارد	در ساختار سازمانی واحد توسعه تحقیقات بالینی وجود دارد و هدایت پژوهش را به عهده دارد	بیمارستان زیر ۲۰۰ تخت

لازم است در سند استراتژیک بیمارستان ارتقا پژوهش مد نظر قرار گرفته باشد و مستنداتی اعم از وجود واحد توسعه تحقیقات در چارت سازمانی بیمارستان و ابلاغ یا قرارداد پرسنل واحد و متخصصین اپیدمیولوژی و ... لازم است.

استاندارد ۹-۴ نسخه قبل
سطح سنج به ترجیحی تغییر یافته
تغییر وزن سنج
توضیحات امتیاز دو اصلاح شده

استاندارد ۹-۵

از شواهد علمی و نتایج پژوهش‌های بالینی برای تصمیم‌گیری در ارتقاء مراقبت‌های بالینی و سیستم ارائه خدمات بیمارستان‌ها استفاده می‌گردد.

سنجه		جنرال و تک تخصصی	
بیمارستان فرآیند شناسایی مشکلات*، اولویت‌بندی و ارائه به معاون پژوهشی** را تعیین نموده و اجرا می‌کند.			
سطح سنج		وزن سنج	
ترجیحی		۲	
ملاک ارزیابی		روش ارزیابی	
۱	تدوین فرآیند شناسایی و اولویت‌بندی مشکلات بیمارستان	مستندات	
امتیاز			
صفر (۰)	یک (۱)	دو (۲)	غیر قابل ارزیابی
فرآیند شناسایی و اولویت‌بندی مشکلات بیمارستان تعیین نشده است.	فرآیند شناسایی و اولویت‌بندی مشکلات بیمارستان تعیین شده است.	فرآیند شناسایی و اولویت‌بندی مشکلات بیمارستان تعیین شده و اجرا می‌شود.	
توضیحات			
*مشکلاتی که انجام پژوهش می‌تواند کمک قابل توجهی در رفع آنها داشته باشد اعم از مشکلات سازمانی و بالینی			
**این مشکلات توسط بخش‌های بالینی، دفتر پرستاری، واحد بهبود کیفیت، کمیته‌های بیمارستانی در شورای پژوهشی مطرح و پس از بررسی و اولویت‌بندی جهت اجرا به واحد توسعه تحقیقات بالینی یا معاون پژوهشی ارجاع می‌شود.			

لازم است فرایند شناسایی و اولویت بندی مشکلات بیمارستان تدوین و اجرا گردد و مواردی بعنوان نمونه (مثلا مشکل نحوه شستشوی دست پرسنل اتاق عمل و برگزاری کارگاه های آموزشی در این خصوص) بارگزاری گردد.

استاندارد ۹-۵ نسخه قبل
سطح سنجه به ترجیحی تغییر یافته
تغییر وزن سنجه

استاندارد ۹-۶

بیمارستان سازوکار مناسب جهت ارتقاء تعداد مقالات منتشر شده در مجلات معتبر داخلی و خارجی از اعضای هیأت علمی و فراگیران در حال آموزش دارد.

سنجه		جنرال و تک تخصصی	
دفتر توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان برنامه‌هایی جهت ارتقاء تعداد مقالات منتشر شده در مجلات معتبر داخلی و خارجی از اعضای هیأت علمی و فراگیران در حال آموزش دارد و اجرا می‌نماید.			
سطح سنجه		وزن سنجه	
ترجیحی		۲	
ملاک ارزیابی		روش ارزیابی	
۱	تدوین برنامه ارتقاء تعداد مقالات منتشر شده اعضای هیأت علمی و فراگیران در بیمارستان	مستندات	
۲	اجرای برنامه تدوین شده برای ارتقاء مقالات	مصاحبه با معاون پژوهشی و اعضای هیأت علمی	
امتیاز			
صفر (۰)	بیمارستان برنامه‌ای برای ارتقاء تعداد مقالات منتشر شده اعضای هیأت علمی و فراگیران ندارد.	یک (۱)	بیمارستان برای ارتقاء تعداد مقالات منتشر شده اعضای هیأت علمی و فراگیران برنامه دارد
دو (۲)	بیمارستان برای ارتقاء تعداد مقالات منتشر شده اعضای هیأت علمی و فراگیران برنامه داشته و اجرا می‌نماید.	غیر قابل ارزیابی	

مستنداتی اعم از برنامه ارتقا تعداد مقالات منتشر شده اعضای هیئت علمی و فراگیران (که شامل برگزاری کارگاه های آموزشی، در اختیار قراردادن لیست ژورنال های تخصصی مرتبط و غیره می باشد)، اجرای برنامه و پایش اثرات آن لازم است.

سامانه جامع اعتباربخشی (سجا)

<https://saja.behdasht.gov.ir/>



سپاس از توجه شما